Rok LI. Kraków, dnia 25. maja 1912. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Najstarsze Towarzystwo lekarskie Słowiańszczyzny południowej, »Društvo zdravnikov na Kranjskem« w Lublanie, obchodzi pięćdziesięciolecie swej działalności.

Związani z nami wspólnością zachodniej kultury, pracują lekarze w Krainie, jak my, w warunkach trudnych, broniąc się wraz z całem swem społeczeństwem, jak my, przed obcym zalewem.

Więc też i rocznica, którą teraz święcą, rocznica stworzenia ogniska swojskiej nauki, płonącego jasnem i równem światłem przez pół wieku, budzi w nas uczucia szczerej sympatyi, jak w nich poczucie słusznej chluby.

Towarzystwu, które umiało wytrwać na zagrożonej placówce, składamy serdeczne życzenia dalszego jaknajświetniejszego rozwoju.

Uwagi sądowo-lekarskie o spędzeniu płodu.

podał*)

Prof. Dr Wachholz.

Jak w każdym przypadku przestępstwa, mamy i w przypadkach spędzenia płodu przedmiot i podmiot zbrodni. Przedmiotem jej jest płód, rozwijający się w łonie matki, natomiast podmiot jej bywa dwojaki: tj. bliższy i dalszy. Podmiotem bliższym jest kobieta brzemienna, o ile z jej wiedzą i wolą wykonywa się zamach na życie płodu, dalszym są wszystkie te osoby, które bądź radą, bądź dostarczeniem środków, bądź też czynnym udziałem są w tej mierze pomocne.

Ustawy odnośne (§ 144 a. k. k., § 292 proj. a. k. k., § 218 niem. k. k.) rozróżniają spędzenie płodu i zabicie dziecka w łonie matki, rozumiejąc pod pierwszem pojęciem wzniecenie sztucznego poronienia płodu przed 30. tygodniem ciąży, zatem płodu niezdolnego jeszcze do życia pozałonowego, pod drugiem pojęciem zaś pozbawienie życia płodu po 30. tygodniu ciąży, tj. płodu zdolnego już do życia po urodzeniu się. Jakkolwiek w największej liczbie przypadków ma miejsce właściwe spędzenie płodu, a więc sztuczne wzniecenie poronienia, to jednak zdarzają się także przypadki zamachów na płody z drugiego okresu ciąży.

Spędzenia płodu dopuszczają się tak kobiety stanu wolnego, jak i mężatki; pierwsze ze zrozumiałych przyczyn, jak z obawy przed niesławą i t. d.; drugie celem zapobieżenia nadmiernemu przyrostowi rodziny, obie nadto z obawy przed utratą wdzięku i przed porodem zwłaszcza, jeźli już poprzednio odbyły poród, połączony z nieprawidłowym przebiegiem, zabiegami operacyjnymi lub powikłaniami. Obawa przed trudnym i nieprawidłowym porodem nawet u pierwiastki może być wytłómaczona, jeśli, jak to nieraz się zdarza, zawodowi spędzacze lub lekarz, względnie położna, kobietę ciężarną zastraszyli. Obawa ta może być tak znaczna, że może stanowić u danej kobiety niepokonalny przymus, skłaniający ją do zbrodni spędzenia płodu, a przymus taki może czynić podsądną nieodpowiedzialną za czyn po myśli § 2 g. a. u. k. i § 54 niem. u. k., jak to orzekł Trybunał Rzeszy niem. w jednym przypadku. Do wzniecenia takiej obawy u ciężarnych przed porodem uciekają się nieraz zawodowi spędzacze płodu, jeśli widzą u klientek swych pewne wahanie się przed poddaniem się zabiegom celem spędzenia płodu. Tak n. p. zgodziła się w jednym z przypadków, ocenianych przezemnie przed sądem, 30-letnia służąca, dotknięta dość znacznym garbem, na zabiegi w celu spędzenia płodu tylko dlatego, że jej akuszerka, zdaje się zawodowo trudniąca się spędzaniem, do której się zgłosiła z prośbą o zaradzenie brakowi miesiączki, oświadczyła, że jest w ciąży, że poród przypłaci życiem i że jej tak poradzi, iż dziecka mieć nie będzie. Badanie sądowo-lekarskie, dokonane wspólnie z lekarzem chorób kobiecych, stwierdziło u podsądnej mimo garbu prawidłowe wymiary miednicy i dobry stan zdrowia, wobec czego odpadło uzasadnienie dla stanowczego, a złego rokowania ewentualnego porodu. W każdym razie obawa przed śmiercią przy porodzie skłoniła podsądną do poddania się skutecznym zabiegom akuszerki.

Nierzadko uciekają się zawodowi spędzacze płodu do innych wybiegów względem zgłaszających się klientek. I tak oświadczają im, iż nie są w ciąży, tylko że się im

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

miesiączka dobrowolnie lub z przeziębienia zatrzymała, lub, że płód ich nie żyje, że mają zaśniad i t. d. Podobnie tłómaczą się także przed sądem same kobiety, które się na sobie spędzenia płodu dopuściły. Tłómaczenia się podsądnych, że płód w ich łonie był nieżywy, mogą wynikać z przesądnych wierzeń, możliwie opartych na błędnych dowodzeniach Aristotelesa o tak zwanej »animatio foetus«, przejętych potem przez Ojców Kościoła, z wierzeń, że płód w pierwszych miesiącach ciąży jest wogóle nieżywym. Zastawianie się kobiety wobec sądu twierdzeniem, iż nie było płodu, tylko zaśniad i dlatego zaśniad usunięto, nie uwalnia od odpowiedzialności, albowiem kobieta nie mogła wiedzieć o tem, iż jest w ciąży zaśniadowej, gdy podjęła zabiegi w celu spędzenia płodu. Nawet w razie, gdyby płód spędzony okazał się w istocie zaśniadem, może być kobieta pociągnięta do odpowiedzialności za usiłowane spędzenie płodu (n. p. orzeczenie Tryb. Rzeszy niem. z 10. czerwca 1880).

Niewielka tylko ilość przypadków spędzenia płodu, w istocie bardzo częstych, dochodzi do wiadomości władz, a i z tych znaczna część dla braku przedmiotowych dowodów kończy się uwolnieniem. Wedle zestawienia Lewina z wszystkich przypadków spędzeń płodu, które były przedmiotem dochodzeń sądów w Niemczech w latach od 1882 do 1895 r., w jednej czwartej musiało nastąpić uwolnienie. Uderzający jest też stosunek zbrodni spędzenia płodu do zbrodni dzieciobójstwa pod względem wyniku dochodzeń sądowych.

I tak w ciągu lat 15 w Austryi (1881 - 1896) przeszło dwa razy tyle (1576) było wyroków zasądzających za dzieciobójstwo, niż za spędzenie płodu (709), przyczem należy zważyć, iż przeważna część spędzeń płodu nie dochodzi do wiadomości władz, gdy każde niemal dzieciobójstwo jest przedmiotem dochodzeń sądowych. Zarazem zdaje się być niewątpliwem, iż częstość spędzenia płodu a zmniejszanie się liczby dzieciobójstwa idzie w parze z wzrostem kultury i wykształcenia.

W Krakowie liczba dochodzeń o spędzenie płodu jest znikająco mała. Wystarczy nadmienić, że za czas ostatniego dziesięciolecia miałem sposobność zetknąć się tylko z 26 przypadkami spędzenia płodu, które były przedmiotem dochodzeń sądowych. Z tych zaledwie w dwóch nastąpiło zasądzenie. Pomijając na razie ich omówienie, rozpatrzę zasady, na jakich opierać się powinno orzeczenie sądowo-lekarskie w przypadkach spędzenia płodu, a stąd zrozumiemy łatwo, dlaczego nawet w przypadkach dochodzeń sądowych tak rzadko mogą nastąpić zasądzenia.

Doniesienia do władz o rzekomem spędzeniu płodu musi śledztwo dokładnie zbadać, czy oparte są na realnej podstawie, albowiem, jakkolwiek o wiele rzadziej, niż w przypadkach doniesień n. p. o zgwałcenie kobiety, mogą one być i bywają fałszywe. Tak n. p. miałem sposobność badać młodą dziewczynę z grona mundantek kancelaryjnych, która obwiniła swego służbodawcę o uwiedzenie do nierządu pod obietnicą małżeństwa i o usiłowane spędzenie płodu. Badanie sądowo-lekarskie wykazało, iż donosząca miała jeszcze zupełnie zachowaną półksiężycowatą błonę dziewiczą o znacznym otworze i bardzo rozciągliwą, nadto, iż nie okazywała żadnych śladów przebytego poronienia. Dochodzenia dalsze wykazały, iż wogóle nie była ona nigdy jeszcze w ciąży, a obwinienie swe o spędzenie płodu opierała na tem, iż jej służbodawca wprowadzał za jej zgodą przed każdym stosunkiem do jej pochwy pastylki przeciw zastąpieniu, złożone z kwasu cytrynowego i borowego.

Tak więc z uwagi na możliwość fałszywych doniesień i celem stwierdzenia przedmiotowej istoty czynu musi lekarz znawca w każdym przypadku dowieść najpierw, czy poronienie miało w istocie miejsce, a w razie twierdzącym, co było przyczyną poronienia, w szczególności czy przyczyną jego były środki zewnętrzne, w tym celu użyte.

Odpowiedź na pierwsze pytanie musi już najczęściej wypaść nie stanowczo, albowiem między chwilą doniesienia i badania sądowo-lekarskiego, a chwilą domniemanego poronienia upływa zwykle dłuższy, do zatarcia przedmiotowych zmian wystarczający okres czasu. A nawet i w świeżych przypadkach, t. j. w przypadkach badania w kilka dni po odbytem poronieniu, jeżeli nastąpiło ono z końcem n. p. pierwszego miesiąca ciąży, może być wynik badania niewystarczający do stwierdzenia stanowczego, iż w istocie zachodziła ciąża i poronienie. Takim był n. p. wynik w przypadku dochodzenia przeciw lekarzowi, głośno pomawianemu o zawodowe zajmowanie się spędzaniem płodu. W przypadku tym, ocenianym także przez wiedeński Wydział lekarski, prawie ujemny wynik badania w kierunku odbytego poronienia zniewolił trybunał do wyroku uwalniającego, mimo tak znacznego poszlaku, jak okoliczność, że lekarz ten na wezwanie męża swej klientki zwrócił mu bardzo wysokie honoraryum, dane mu przez nią za zabieg. Honoraryum to usprawiedliwiał lekarz przed sądem temi że zwykle pobiera od swoich pacyentek honorarya z góry za zabiegi operacyjne i za następowe leczenie!

W razie niemożności stwierdzenia poronienia musi być dalsze dochodzenie śledcze zaniechane i tem też tłómaczy się, dlaczego tylko mała liczba dochodzeń o spędzenie płodu kończy się aktem oskarżenia. Wywiady nie wiodą w tych razach do celu, albowiem kobiety, które zwróciły się do zawodowych spędzaczy o pomoc, jako współobwinione zaprzeczają, aby były w ciąży i roniły. Propozycya Veita, aby kobiety te uwolnić od odpowiedzialności sądowej i dopuścić w śledztwie w charakterze świadków i na ich zeznaniu wyłącznie oprzeć wyrok na spędzaczy, jest z prawniczego punktu widzenia niedopuszczalna. Zresztą i w tym razie zeznanie kobiety, która wrzekomo po zabiegu poroniła, nie mogłoby żadną miarą wystarczać do zasądzenia, albowiem przyjąwszy nawet szczerość jej zeznania, mogłoby ono polegać na złudzeniu; wszakże wiadomo, że obawa, iż się jest w ciąży, może wywołać podmiotowe jej objawy, przedewszystkiem zatrzymanie miesiączki. Jeżeli u takiej kobiety, która nie była w ciąży, po dokonanym zabiegu pojawiła się miesiączka, w czasie której może się nawet, choć rzadko, wydzielać krew w postaci drobnych skrzepów, to kobieta jest przekonana, iż była w ciąży i że ciążę jej sztucznie przerwano. Tego rodzaju przypadki tłómaczą nam wziętość i wiarę w pewne środki, zwłaszcza wewnętrzne, zażywające sławy płodopędnych.

Ponieważ rozpoznanie stanowcze ciąży w pierwszych tygodniach jej trwania jest niemożliwe, zatem zabiegi pod-

jęte w tym czasie w celu jej przerwania mogą być i bywają o tyle bezcelowe, o ile podejrzenie ciąży jest w danym przypadku fałszywe. Atoli zawodowym spędzaczom nie chodzi wcale o rozpoznanie ciąży, gdyż jeźli jej nie ma, to bez względu zresztą na dokonany przez nich zabieg, miesiączka wróci, a okoliczność tę przypiszą wobec swych klientek swej pomocy. W ten sposób utrzymując klientki swe w błędzie i korzystając z ich nieświadomości, dopuszczają się oszustwa. Przypadek takiego oszustwa, popełnionego przez lekarza, miałem sposobność oceniać z polecenia naszego Wydziału lekarskiego. Pewien pruski nauczyciel ludowy, utrzymujący stosunek z dziewczyną publiczną, zaskoczony przez nią wiadomością, iż musi być w ciąży, gdyż przez jeden miesiąc nie pojawiła się u niej miesiączka, udaje się z miejsca swego zamieszkania na Śląsku pruskim do pobliskiego naszego miasteczka do lekarza, aby zapobiegł ciąży u jego kochanki. Lekarz podejmuje bliżej nie wyjaśnione zabiegi, poczem u dziewczyny wraca regularność. Wskutek doniesienia do władz pruskich rozpoczyna się śledztwo przeciw dziewczynie i nauczycielowi. Wezwani znawcy lekarze niemieccy orzekają, że choć wynik badania w kierunku odbytego poronienia ujemny, to jednak z uwagi na to, iż na 100 przypadków zatrzymania się regularności w 99 przypadkach zachodzi ciąża, badana musiała być w ciąży, a ciążę sztucznie przerwano. Nauczyciela skazuje sąd pruski na rok więzienia, dziewczynę na kilka miesięcy, a przeciw naszemu lekarzowi odstępuje dochodzenie sądom naszym. Z aktów śledczych wynika niedwuznacznie, że u klientki jego wogóle nie było ciąży, a lekarz podjął obojętne zabiegi »ut aliquid fecisse videatur«, utrzymując nauczyciela i jego kochankę w przekonaniu ciąży i dokonanego spędzenia, aby mieć tytuł do znaczniejszego wynagrodzenia.

Stwierdziwszy stanowczo w danym przypadku odbyte poronienie, musimy wykazać, że było ono rozmyślnie i sztucznie wywołane. I tu znowu bardzo często nie udaje się nam wykazać przedmiotowych zmian, któreby pozwoliły orzec stanowczo, iż dokonano spędzenia. Obwinieni zawodowi spędzacze bronią się w tych razach najczęściej w ten sposób, iż wypierając się wszelkiej winy, podają, jakoby nieśli tylko konieczną pomoc swym klientkom, które zgłosiły się wrzekomo do nich w trakcie poronienia. Tak się n. p. tłómaczył pewien lekarz, do którego zgłosiła się z prośbą o spędzenie płodu 4-miesięcznego młoda dziewczyna. Lekarz ten przebił pęcherz płodowy, a następnie dokonał poćwiertowania płodu. Dziewczyna była pierwiastką i w kilka tygodni po zabiegu zmarła wskutek zakażenia połogowego. Mimo wielce obciążających lekarza szczegółów śledczych, nasz Wydział lekarski oświadczył się za możliwością już rozpoczętego poronienia u chorej w chwili jej przybycia do obwinionego, tem samem uniemożliwił zasądzenie go za zbrodnię spędzenia płodu. Natomiast orzeczeniem swem potępił jego zawodową biegłość i sprawność, w następstwie czego sąd zasądził go na czasową utratę dyplomu za błąd lekarski.

Do nielicznych przypadków, w których stanowczo może znawca sądowy potwierdzić oba pytania, należą niestety zwykle tylko te, które kończą się śmiercią ciężarnej, w których zatem podejmuje się sekcyę zwłok. Lecz i z tych pewna część nie wiedzie do zasłużonego wyroku, albowiem ciężarna, dopóki jeszcze żyje, zaprzecza, by się poddała spędzeniu płodu, a tem samem nie wyjawia właściwego sprawcy. Zdarzyło się to n. p. w przypadku, ocenianym przezemnie dla sądu, tyczącym się młodej dziewczyny, która bez wiedzy swego kochanka dała sobie u niewiadomego sprawcy spędzić płód zapomocą wstrzyknięcia wśródmacicznego. Po kilkutygodniowej chorobie uległa ona ciężkiemu ogólnemu zakażeniu.

Liczba przypadków domniemanego spędzenia płodu, ocenianych przezemnie w ciągu ostatniego dziesięciolecia, wynosząca 26, dotyczyła 22 kobiet stanu wolnego w wieku od 18 do 31 lat, z klasy służących, robotnic i szwaczek i 4 kobiet zamężnych w wieku od 27—39 lat, z klasy niezamożnej. W 10 z tych przypadków nastąpiło poronienie po zażyciu środków wewnętrznych, a zarazem i śmierć ciężarnej. W 3 z nich zachodziła sekcyą stwierdzona (częściowo lub zupełnie odklejone jaje płodowe) ciąża dwumiesięczna, w jednym trzymiesięczna, w pięciu czteromiesięczna, w jednym pięciomiesięczna. W siedmiu z tych przypadków użyto fosforu, a zwrócić tu muszę uwagę na to, że jak to wykazali Kirchmeier, Seydel, Lewin i ja' fosfor cieszy się wziętością jako niezawodny środek w małej dawce płodopędny, a dla życia matki nieszkodliwy. Niestety nieświadomość wielkiej siły trującej fosforu wiedzie w tych razach zawsze do śmierci matki. W dwóch przypadkach użyto ze skutkiem, ale i z następową śmiercią matki sublimatu, w jednym wreszcie karbolu. Samo przez się rozumie się, że dochodzenia sądowe były w tych przypadkach bezowocne. Z pozostałych 16 przypadków przypadają 4 na spędzenia płodu, dokonane raz w drugim, raz w trzecim, raz w czwartym i raz w piątym miesiącu ciąży przez lekarzy. Z tych trzy, dla matek pomyślnie zakończone, nie pociągnęły dla obwinionych żadnych skutków prawnych dla braku przedmiotowego dowodu, w jednym już omówionym, który zakończył się śmiercią matki, nastąpił wyrok sądowy za błąd lekarski. W dwóch z nich wedle podania zastosowano przebicie jaja płodowego, w dwóch pozostałych niewątpliwie wyskrobanie. W reszcie, t. j. w 12 przypadkach były obok dotyczących kobiet w pięciu przypadkach obwinione inne jeszcze osoby o udział w zbrodni, a mianowicie w dwóch akuszerki, w jednym aptekarz, w dwóch kochankowie ciężarnych. Środkami, zalecanymi przez obie obwinione akuszerki, były raz obok popularnego odwaru z czarnej róży (flores malvae arboreae) wstrzykiwania do pochwy (ze skutkiem), drugi raz gorące kąpiele nożne, picie mydlin i przewieszanie się żywotem przez drzwi sąsieku (ze skutkiem). Oba zakończyły się uwolnieniem podsądnych. W przypadku, tyczącym się aptekarza, zalecał on klientce swej oprócz wymuszonego przez się spółkowania z nią, środki wymiotne, picie okowity z mydłem, natrysk pochwowy z wody borowej i gorące kąpiele nożne z odwaru nasion gorczycy. Wynik zabiegów był ujemny, ciąża dobiegła do prawidłowego końca. W jednym przypadku zalecił majster malarski, żonaty, swej kochance zażywanie udzielonego jej przez się sporyszu, którego jednak nie zażyła i porodziła dziecię na czasie. Wskutek orzeczenia, że sporysz może wywołać poronienie, sąd zasądził majstra za zbrodnię usiłowanego spędzenia płodu. W ostatnim wreszcie przypadku zalecał parobczak kochance swej celem przerwania ciąży dźwiganie ciężarów

i środek, zalecony ongi przez Hipokratesa pięknej niewolnicy, t. j. skakanie ze schodów. Niestety środki te nie odniosły skutku a »genitura non defluxit cum sonitu«. Siedem z pozostałych przypadków dochodzeń przeciw samym ciężarnym zakończyło się uwolnieniem od odpowiedzialności z powodu braku dowodu winy. W jednym z nich miało być użyte, jednak bez skutku, picie odwaru z liści oleandru (Nerium O.)

W końcu słów kilka o uprawnieniu lekarza do wzniecenia poronienia. Uprawnienia takiego nie mieści w sobie żadne ustawodawstwo z wyjątkiem kodeksu romańskich kantonów szwajcarskich. Mimo to lekarz jest uprawniony do wykonania zabiegu przerwania ciąży, jeżeli do niego istnieje ścisłe wskazanie, t. j. ratowanie w istocie ciążą zagrożonego życia matki. Tak samo nie istnieje w ustawodawstwach wzmianka, uprawniająca lekarza do zabiegów operacyjnych, a przecież zabiegi te są i muszą być wykonywane i żaden prokurator ani sędzia nie dopatrzy się w nich przestępstwa uszkodzenia ciała. Pojęcie prawnicze bowiem przestępstwa mieści w sobie jako karygodną podstawę czynu zły zamiar; skoro w działaniu lekarskiem nie ma, a raczej nie powinno być złego zamiaru, przeto operacyjne zabiegi, a zatem i przerwanie ciąży lecznicze, nie może podlegać karze, owszem jest dozwolone, a nawet nakazane; natomiast zaniedbanie wykonania przez lekarza zabiegu ratującego życie ludzkie ulega karze.

Przerwania ciąży winien dokonać lekarz tylko ze ścisłych i bezwzględnych wskazań, do których w pierwszym i głównym rzędzie zdaniem Fritscha, wypowiedzianem na posiedzeniu Zjazdu niemieckiego Towarzystwa sądowo-lekarskiego w Kolonii w r. 1908, należą ciężkie postacie wymiotów ciężarnych i gruźlicy, zwłaszcza gruźlicy krtani. Sam Fritsch wykonał w ciągu 30 lat zaledwie 9 razy przerwanie ciąży. Lekarz, który je podejmuje często, nie uwzględnia chyba ścisłych, a tylko pozorne wskazania. Polecenia godne są zwłaszcza w razach wątpliwych narady z drugim lekarzem, jeszcze więcej ścisłe, przez pewien czas trwające obserwacye brzemiennej, dokonywane w lecznicach, jak się tego słusznie domaga Fritsch.

Nikt nie zaprzeczy, że spędzenie płodu stanowi przestępstwo, niewiele odbiegające od morderstwa i słusznie potępiali je już w starożytności taki Seneka lub Ovidius, który tak trafnie a pięknie przeciw niemu się zwraca:

»Hoc neque in Armeniis tigres fecere latebris,
Perdere nec foetus ausa lenena suos.
At tenerae faciunt, sed non impune puellae;
Saepe suos utero, quae necat, ipsa perit«.

(Lib. amor. II, eleg. 14).

Jeżeli więc kobieta, gubiąca swój płód, gorszą jest od tygrysicy lub lwicy, czemże więc byłby lekarz, któryby się bez sumiennego rozważenia istotnych, nauką i doświadczeniem popartych wskazań targnął na życie płodu? Byłby on etycznie gorszym od zawodowego spędzacza, dla którego prócz wynagrodzenia nie istnieje żadne, choćby pozorne wskazanie do zabiegu.

Przerwanie ciąży wobec ustawy karnej.

podał*)

Prof. Dr Rosenblat.

Problem, o którym Panom mam kilka słów powiedzieć, należy do tych kwestyi stycznych prawa i medycyny, w których zdawaćby się mogło, jakoby zachodziły sprzeczności pomiędzy medycyną a prawem, jakoby zachodziła kolizya pomiędzy nakazami sztuki i etyki lekarskiej, a zakazami prawa karnego. Tak jednak być nie powinno, tak być nie może i tak w rzeczywistości nie jest.

Już bowiem starodawne prawo Hamurabiego uznaje bezkarność operacyi lekarskich. Uznawały ją również wyraźnie kodeksy szwajcarskich kantonów romańskich w pierwszej połowie zeszłego stulecia. Dziwnym sposobem milczą jednak o tem najwięcej nas obchodzące ustawy karne, t. j. austryacka, niemiecka i obowiązująca w Królestwie ustawa karna rosyjska. Nie znajdujemy również w judykaturze sądów najwyższych orzeczenia, któreby uznawało wyraźnie bezkarność przerwania ciąży, przeprowadzonego przez lekarza w granicach sztuki lekarskiej.

Zdawałoby się, że objaw ten jest niepokojący. W rzeczywistości jednak tak nie jest, albowiem objaw ten tłumaczy się tem, iż nie było przypadku, w którymby sądy zasądziły lekarza, przeprowadzającego przerwę ciąży według zasad sztuki lekarskiej. Nie ma tedy orzeczenia najwyższych sądów dlatego, że nie zaszła potrzeba takiego orzeczenia, albowiem tak praktyka, jak i teorya prawa karnego zgodnie uznają, że lekarz, który dokonywa przerwania ciąży według zasad sztuki lekarskiej, nie może być pociągany do odpowiedzialności karnej. Uzasadnienie tej bezkarności jednakowoż nie jest zgodne i nasuwa pewne wątpliwości.

Rozróżnić należy w tym kierunku głównie trzy teorye, usprawiedliwiające bezkarność lekarza.

Pierwsza z nich polega na t. zw. prawie zawodowem. Twierdzi ona, że lekarz z mocy swego zawodu ma prawo wykonywania operacyi lekarskich, sztuką lekarską wskazanych, bez narażenia się na odpowiedzialność karną. Czy jednak do tej bezkarności wymaga się zgodzenia chorego, czy nie, jest rzeczą sporną. W każdym jednak razie bezkarność ta może się odnosić tylko do tych przypadków, w których lekarz dokonywa operacyi w tym celu, ażeby uzdrowić osobę, na której operacyę wykonywa. Wymaga się zatem tożsamości osoby operowanej i osoby, która ma być uzdrowioną. Warunek ten nie zachodzi przy przerwie ciąży, gdzie operacyi dokonywa się na płodzie, który się niszczy w celu ocalenia matki. Teorya ta zatem nie byłaby wystarczającą do usprawiedliwienia bezkarności sztucznego przerwania ciąży.

Teorye dalsze, t. zw. »Zweck-Teorien«, usprawiedliwiają bezkarność sztucznego przerwania ciąży tem, że nie ma w niem pierwiastku bezprawia, który jest warunkiem odpowiedzialności karnej. Kto bowiem działa dla ochrony i ocalenia dóbr ludzkich, nie może podpadać pod ustawę, która właśnie tę ochronę ma na celu, a karze tych, którzy

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

prawo obce naruszają i krzywdzą, a nie tych, którzy je chronią. Skoro tedy operacya lekarska, a w szczególności przerwa ciąży dąży do uzdrowienia człowieka, a nie do uszkodzenia, przeto nie może być podciągana pod prawo karne. W najnowszem prawie stworzono dla uzasadnienia bezkarności działań, o których mówimy, pojęcie t. zw. pomocy w potrzebie (Nothilfe). Prawo dawne znało t. zw. stan konieczności, czyli prawo wyższej konieczności tylko dla osoby będącej w niebezpieczeństwie. Wolno bowiem osobie, która sama jest w niebezpieczeństwie, poświęcić dla swego ocalenia osobę drugą, względnie prawo obce — o ile prawo poświęcone nie jest ważniejsze od prawa, które ma być ocalone. To prawo wyższej konieczności było jednak ograniczone wyłącznie do osoby, która sama była w niebezpieczeństwie, a nie miało zastosowania do osób trzecich. Otóż prawo nowe daje także trzecim osobom prawo udzielania pomocy innym, będącym w takim stanie konieczności, czyli w potrzebie.

Wolno więc według tego lekarzowi udzielić bezkarnie pomocy matce, będącej w tem położeniu, a zatem wolno mu poświęcić płód dla ocalenia matki. Prawo takie uznają kodeks karny włoski, norweski, jakoteż i nowa ustawa karna rosyjska z roku 1903 w § 46.

Czy wobec tego zachodzi potrzeba wyraźnego postanowienia w kodeksie karnym, że lekarz, dokonujący sztucznego poronienia ciąży w granicach i z obowiązku lekarskiego, jest bezkarny, — to jest pierwsze pytanie, które nam rozebrać i rozstrzygnąć wypada.

Jeśli zaś przyjmiemy, że zachodzi potrzeba wyraźnego postanowienia w kodeksie — nasuwa się pytanie dalsze: W jakich przypadkach ta bezkarność ma być uznaną, tj. jakie przyczyny usprawiedliwiają lekarza, który dokonywa, sztucznego przerwania ciąży, a dalej nasuwa się pytanie trzecie: Czy ta bezkarność, zagwarantowana lekarzowi ma być ustawowo zależną od pewnych warunków, np. od przybrania drugiego lekarza, od narady lekarskiej i t. d., czy też ma być bezwarunkową.

Otóż na pytanie pierwsze zasadnicze odpowiadam, iż wyraźne postanowienie w prawie karnem, gwarantujące wolność od odpowiedzialności lekarzowi, działającemu w granicach sztuki lekarskiej, jest potrzebne. W tym też duchu uchwaliliśmy postąpić w komisyi, układającej nowy kodeks karny austryacki, której byłem członkiem. I wypowiedzieliśmy w § 295 projektu ustawy karnej austryackiej wyraźnie, że lekarz, który spędza płód, lub zabija go w łonie matki w celu odwrócenia od kobiety w ciąży będącej niebezpieczeństwa grożącego jej życiu, lub zdrowiu, nie dającego się w inny sposób usunąć, nie podpada karze za spędzenie płodu.

Za takiem wyraźnem postanowieniem w prawie karnem przemawiają motywa następujące.

Przedewszystkiem wymaga tego interes lekarzy, albowiem lekarz, przystępujący do tak ważnej operacyi, powinien mieć absolutny spokój i bezwzględną pewność, nietylko, że nie będzie zasądzony karnie za dokonanie przerwania ciąży, ale że w ogólności nie będzie ścigany, że będzie bezpieczny przed szykanami, denuncyacyami i złośliwością ludzką, a nadto postanowienia o pomocy w potrzebie nie są dostateczną i nie są bezwzględną gwarancyą dla lekarzy. Wymagają bowiem niektóre projekty ustawodawcze, a w szczególności projekt nowego prawa karnego niemieckiego, ażeby położenie kobiety, której można bezkarnie udzielić pomocy, było niezawinione i aby niebezpieczeństwo, które jej grozi, było bezpośrednie. Otóż mógłby ktoś zarzucić, (i znalazł się rzeczywiście sąd niemiecki, który to uczynił), że kobieta będąca w ciąży nie znajduje się w położeniu niezawinionem, albowiem to swoje położenie zawiniła, spełniając dobrowolnie akt spółkowania. Taksamo i drugi warunek niebezpieczeństwa bezpośrednio kobiecie grożącego mógłby nasunąć różne wątpliwości, dlatego rzeczą jest odpowiednią i dla stanu lekarskiego bezpieczniejszą i korzystniejszą, ażeby prawo karne bezkarność sztucznego przerwania ciąży wyraźnie uznawało.

Co do przypadków, w których ta bezkarność może być ustawowo zagwarantowana, należy rozróżnić przyczyny spędzenia płodu socyalne i lekarskie.

Do przyczyn socyalnych w ogólnem tego słowa rozumieniu zaliczyć należy następujące cztery. Pierwsze, jeśli kobieta zaszła w ciążę wskutek zgwałcenia. W przypadku takim różne przyczyny i momenta usprawiedliwiłyby pozornie spędzenie płodu.

Do dalszych przyczyn należy ekonomiczne położenie rodziców, nie będących w stanie dzieci utrzymać i w szczególności położenie matki, mającej porodzić dziecko nieślubne. Zachodzi bowiem obawa i prawdopodobieństwo, że matka dziecię po porodzie zabije, a w takim przypadku rzeczą zdawałoby się odpowiedniejszą, spędzić płód przedwcześnie, aniżeli dopuścić do zbrodni dzieciobójstwa. Do dalszych przyczyn spędzenia płodu należą t. zw. przyczyny higieniczno-rasowe, t. j. dziedziczne choroby rodziców i wynikająca stąd obawa, że dzieci urodzić się mające będą skarłowaciałe, dotknięte kiłą, lub dziedziczną chorobą umysłową. A wreszcie należą do przyczyn socyalnych w ogólnem tego słowa znaczeniu przyczyny, objęte techniczną nazwą urazu psychicznego, — do jakich należy obawa, że kobieta, będąca w ciąży poza małżeństwem, odbierze sobie życie i t. p.

Drugą grupę przyczyn, uzasadniających przerwanie ciąży, stanowią wskazania lekarskie, zalecające przerwanie ciąży w interesie ocalenia matki. Jakie wskazania lekarskie mogą usprawiedliwić przerwanie ciąży, to rozstrzygnięcie tego pytania należy do nauki lekarskiej. Otóż stwierdzam, że prawo może zapewnić lekarzowi, dokonującemu przerwania ciąży, bezkarność tylko dla przyczyn ściśle lekarskich, tj. tylko wtedy, jeżeli lekarz dokonywa operacyi »lege artis« dla wskazań ściśle lekarskich, t. j. dla ocalenia matki.

W przyczynach pierwszej grupy, t. j. socyalnych, mamy do czynienia z kobietą zdrową — w przyczynach drugiej grupy z kobietą chorą.

Otóż lekarzowi nie wolno przerywać ciąży u kobiety zdrowej dla przyczyn, leżących poza sferą lekarską. Wolno mu to tylko dla wskazań ściśle lekarskich, odnoszących się do zdrowia lub życia matki. Jeżeli kto dokonywa przerwania ciąży dla innych przyczyn, nie działa jako lekarz, lecz jako człowiek, który zasługuje na sympatyę i na łagodne traktowanie, ale nie ma prawa żądać bezkarności. Znaczyłoby to bowiem dopuścić do przerywania ciąży bez ograniczenia, czyli wyszłoby to na skreślenie postanowienia ustawy karnej o karaniu spędzenia płodu. Zauważyć muszę nawiasem, że kwestya karygodności spędzenia płodu

w ostatnich latach była bardzo często w pismach roztrząsana i krytykowana. Zachodzi wielka różnica pomiędzy poglądami nowszymi a dawniejszymi na tę kwestyę, że tak powiem, społeczną.

Poglądy dawniejsze, oparte głównie na prawie kościelnem, zabraniały przerwania ciąży i traktowały spędzenie płodu bardzo surowo. Z biegiem czasu poglądy nadzwyczaj złagodniały i dzisiaj odzywają się nawet bardzo poważne głosy, żądające zupełnego skreślenia przepisów karnych o spędzeniu płodu odnośnie do matki.

Na zupełną bezkarność spędzenia płodu zgodzić się jednakowoż nie można. Sprzeciwiałoby się to etyce i rozpowszechnionemu dotąd poczuciu prawa. Sprowadziłoby to za sobą zupełną dowolność, a w dalszym ciągu i demoralizacyę. Że jednak matkę, spędzającą płód, należy traktować o wiele łagodniej, aniżeli to czyniono dawniej, a to w uwzględnieniu przytoczonych przyczyn, jest dzisiaj rzeczą powszechnie uznawaną. Pociąga to za sobą i ten skutek, że przerwanie ciąży, dokonane przez lekarza »lege artis« mniej może będzie karygodne, aniżeli przerwanie, dokonane przez osobę niepowołaną, zagrażające życiu lub zdrowiu matki. Bezkarność jednak musi być ograniczona ustawowo do wskazań ściśle lekarskich.

Co się tyczy pytania trzeciego, to wiadomą jest rzeczą, a powszechnem jest mniemanie, że lekarz dokonujący przerwania ciąży powinien przybrać do tej czynności drugiego lekarza i przystąpić do operacyi tylko na mocy narady lekarskiej (konsylium). Otóż nie mogę zaprzeczyć, że narady lekarskie mogą być wskazane i że ostrożność lekarska może nakazywać przybranie drugiego lekarza do przerwania ciąży. Ustawowo jednakowoż nie można żądać, ażeby bezkarność lekarza była zawisła od przybrania drugiego lekarza, a to dla następujących przyczyn.

Najpierw bowiem przybranie drugiego lekarza nie daje żadnej gwarancyi przeciw nadużyciu, a w szczególności, nie daje żadnych gwarancyi przeciw tworzeniu t. zw. wskazań pozornych. Jak bowiem jeden lekarz dopuścić się może nadużycia, tak może dopuścić się takiego nadużycia i dwóch.

A następnie ta bezkarność lekarza, dokonującego przerwania ciąży w przypadkach, wskazanych sztuką lekarską, nie może być zawisła od formalności, t. j. od przestrzegania pewnych ostrożności. Ostrożność taka może być wskazana jedynie dla zabezpieczenia dowodu, że istotnie wskazanie lekarskie zachodziło. Nie można jednak bezkarność lekarską czynić zawisłą od przestrzegania formalności. Lekarz musi bowiem bezwarunkowo być chroniony od wszelkich możliwych szykan i zarzutów.

Streszczając tedy, co powiedzieliśmy, dochodzimy do następujących wyników:

Po pierwsze uważam za rzecz konieczną w interesie stanu lekarskiego, ażeby ustawa karna zawierała wyraźne postanowienie, że sztuczne przerwanie ciąży, dokonane przez lekarza na mocy wskazania lekarskiego dla ocalenia życia lub zdrowia matki, jest bezkarne.

Powtóre bezkarność ta musi być ograniczona do przyczyn ściśle lekarskich, t. j. do wskazań ze względu na życie lub zdrowie matki. Nie może zaś mieć zastosowania w razie spędzenia płodu dla przyczyn innych, które nazwaliśmy socyalnemi.

Po trzecie bezkarność lekarza nie może być zawisła od przybrania drugiego lekarza, ani od innych formalności, lecz musi być bezwarunkowa. Zachowanie ostrożności może jedynie być wskazane w tych przypadkach, w których nie dałoby się »ex post« udowodnić, że wskazanie lekarskie w rzeczywistości zachodziło.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

P a y r. **W sprawie techniki tętniczo-żylnego przetaczania krwi.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 15). Przetaczania krwi obecnie mają zupełnie inny skutek, odkąd nauczyliśmy się wykonywać je zupełnie czysto z pomocą protez ew. szwu naczyń. P. podaje obecnie sposób jeszcze prostszy, a mianowicie tętnicę dającego łączy z żyłą biorącego zapomocą kawałka ustalonej w parafinie tętnicy cielęcej. Zabieg w znieczuleniu miejscowem trwa krótko i jest bardzo łatwy, o ile kaliber naczyń nie jest zbyt mały. Potem wysuwa się tętniczkę i naczynia wiąże. Nie spostrzega się przy tym sposobie powikłań, ani skrzepów, a przetaczanie samo przebiega zupełnie spokojnie. K.

G e n n e r i c h. **Kliniczne przyczynki do leczenia gośćca tryprowego i innych ostrych następstw wiewióra kollargolem.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 15). Na podstawie swego bogatego doświadczenia zaleca G. gorąco to leczenie, uważać jednak należy, by używać wody świeżo przekroplonej i czystej zupełnie. Systematyczne codzienne śródżylne wstrzykiwania zapobiegają w najcięższych nawet przypadkach przedostaniu się jadu do krwi i następowym zajęciom stawów, ew. wsierdzia. Zaraz po zastosowaniu kollargolu przy istniejących powikłaniach spostrzega się wybitną poprawę np. przy zapaleniu najądrza. Technika wstrzykiwań jest prosta. Codzień sporządza się 1% rozczyn kollargolu i wyjaławia się go przez $^1/_2$ godziny w kąpieli wodnej (100°). Po zasznurowaniu ramienia, gdy żyły nabrzmieją, wkłuwa się w żyłę pośrodkową łokcia igłę strzykawki, zdejmuje się opaskę i bardzo wolno (2 - 3 minuty) wstrzykuje się około 10 cm^3 rozczynu. Wstrzykiwania te stosuje się codzień aż do trwałego spadku ciepłoty. K.

Urologia.

Prof. C. A d r i a n. **W sprawie oznaczania ilości moczu zalegającego.** (Zeitschr. f. Urolog. Tom VI. Zesz. 1.). Oznaczenie ilości zalegającego moczu w przypadkach przewlekłego, niezupełnego, a z dużem rozdęciem pęcherza przebiegającego zatrzymania moczu, bez całkowitego opróżnienia pęcherza, jest rzeczą niezmiernej wagi ze względu na niebezpieczeństwo, jakie grozi takim chorym przez nagłe opróżnienie pęcherza. Do oznaczenia ilości moczu zalegającego wiodą dwie drogi: chemiczna i fizyczna. Metoda chemiczna polega na oznaczeniu rozcieńczenia, jakiemu ulegają składniki prawidłowe moczu np. chlorki, przez wprowadzenie pewnej ilości wody, po poprzedniem upuszczeniu takiejże ilości moczu. Można także w tym celu wypuścić z pęcherza pewną ilość moczu i na jego miejsce wstrzyknąć taką samą ilość płynu z oznaczoną zawartością, np. jakiegoś barwika lub cukru gronowego. Na podstawie rozcieńczenia wydobytej z powrotem porcyi oblicza się ilość płynu w pęcherzu. Z metod fizycznych można się posłużyć przewodnictwem elektrycznem moczu, stopniem marznięcia lub mierzeniem ciężaru gatunkowego, uwzględniając przytem ciepłotę pokoju i stan barometru. Wszystkie te sposoby kryją

w sobie dużo źródeł błędów i dadzą się wykonać tylko przy moczu przeźroczystym. Pisarski.

B. Björling. **Dalszy przyczynek do nauki o ciałkach sterczu.** (Zeitschrift f. Urolog. Tom VI. Zesz. 1). Autor rozróżnia trzy kategorye ciałek sterczu: 1) ciałka szkliste, 2) ciałka z ziarniną, odbywające czasami ruchy pełzakowate, jak białe ciałka krwi i 3) ciałka silnie załamujące światło, jak kuleczki tłuszczu, które autor zgodnie z Kaiserlingiem nazywa ciałkami »lipoidowemi«. Na podstawie 12 badanych przypadków twierdzi B., że najliczniejsze są ciałka szkliste i ziarniste, ciałka lipoidowe występują w znacznie mniejszej ilości. Ciałka szkliste i ziarniste nie rozpuszczają się ani w zimnym, ani w gorącym alkoholu; ciałka lipoidowe rozpuszczają się w alkoholu, eterze i acetonie. Wedle przypuszczenia B. powstają ciałka szkliste prawdopodobnie w sterczu; ciałka lipoidowe mogą być wytworem komórek gruczołowych sterczu; przez ciałka białe bywają te kuleczki pochłaniane, a po ich rozpadzie znajdują się uwolnione w soku sterczu; ciałka ziarniste należy uważać za wytwory rozpadu ciałek białych. Pisarski.

M. Pierosz. **Neurastenia płciowa.** (Zeitschrift f. Urologie. Tom VI. Zesz. 1). Leczenie objawów neurastenii płciowej powinno być zadaniem równocześnie urologa i neuropatologa. Na obraz tej choroby składają się objawy przyrody miejscowej i ogólnej, a przyczynę ich upatruje autor w schorzeniu gruczołu krokowego, określając je jako »atonię sterczu«. Stan ten dotyczy mięśnia gruczołu krokowego i może być skutkiem stanów zapalnych cewki moczowej lub też nadużyć płciowych. Co do leczenia ogólnego poleca autor hydroterapię, miejscowo zaś stosuje z dobrym wynikiem faradyzacyę sterczu. Stanowczo odradza leczenia miejscowego wzgórka nasiennego (caput gallinaginis), jak sondy, psychrofor i t. p. Pisarski.

B. N. Cholzow. **W sprawie chirurgicznego leczenia przewlekłego zapalenia nerek.** (Zeitschrift f. Urolog. T. VI. Z. 1). Korzystny wpływ na przebieg przewlekłego zapalenia nerek po obłuszczeniu nerki z torebki włóknistej (decapsulatio) wytłómaczyć się daje w dwojaki sposób: po pierwsze zmniejsza się przez to ciśnienie śródnerkowe, wskutek czego poprawia się krążenie nerkowe, po drugie powstają w bujającej naokoło nerki tkance łącznej nowe naczynia, które wrastając w miąższ nerki i tworząc połączenia z naczyniami nerki, stwarzają lepsze warunki krążenia i wpływają dodatnio na czynność wydzielniczą nerki. Poprawa tych stosunków krążenia zdaje się jednak nie być trwałą, gdyż, jak badania mikroskopowe wykazały, obfita sieć naczyniowa w nowo utworzonej naokoło nerki tkance łącznej stwierdzić się daje tylko w początkowych okresach, później ta nowo utworzona tkanka łączna przybiera cechy tkanki bliznowatej i zawiera mało naczyń. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne stwierdziły niewątpliwie korzystny wpływ obłuszczenia nerki z torebki na przebieg przewlekłego zapalenia nerek, pozostaje tylko nierozstrzygniętem, czy wpływ ten będzie stałym, czy tylko przemijającym. Poprawa zaznacza się znikaniem obrzęków, poprawą czynności serca, powrotem apetytu, ogólnem przybieraniem na siłach, wzmożeniem stopy moczenia, znikaniem białka i wałeczków w moczu, zwiększeniem się ilości mocznika i chlorków. Statystyka wykazuje dotychczas 16% wyleczeń, 40% polepszeń, 11% wyników ujemnych, 33% śmiertelności. Ponieważ chorzy na przewlekłe zapalenie nerek źle znoszą narkozę, a także w ranie pooperacyjnej występują u takich chorych często powikłania, należy wskazanie do tego zabiegu ograniczyć do przypadków ciężkich, z objawami mocznicy, bezmoczu, oliguryi, krwiomoczu lub wreszcie, gdy bóle silne. Przy złej czynności serca lub bardzo przewlekłym przebiegu choroby, lepiej zabiegu chirurgicznego nie wykonywać. Pojedyncze obłuszczenie nerki z torebki włóknistej i pozostawienie jej w swojem miejscu uległo z biegiem lat różnym zmianom; i tak Lipburger obszywa obłuszczoną nerkę płatkiem mięsnym z mięśnia lędźwiowego czworobocznego, Bakes przeszczepia ją do jamy otrzewnej, a Claude otacza ją wydobytą z jamy brzusznej siecią, czyniąc przez to zabieg podobnym do zabiegu Talmy. Israel oprócz obłuszczenia wykonywa zawsze przecięcie nerki (nephrotomia). Zazwyczaj wykonywano zabieg równocześnie z obu stron, można jednak wykonać go i dwuczasowo. Oprócz przewlekłego zapalenia nerek wykonywano obłuszczenie nerki przy rzucawce i uzyskiwano 60% wyleczeń. Autor zaleca na podstawie swojego osobistego doświadczenia obłuszczanie nerki przedewszystkiem jako środek objawowy, gdyż w swoich przypadkach spostrzegał potem zawsze ustępowanie bólu; ale i pod innymi względami przedstawiały się jego przypadki korzystnie. Pisarski.

Dermatologia.

K. i Sh. Dohi. **W sprawie powstawania liszajca.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 111). Autorowie rozróżniają dwie postacie liszajca, jedną, gdzie przyczyną wywołującą jest gronkowiec biały, drugą, którą wywołuje paciorkowiec. Pierwsza, pojawiająca się u małych dzieci nagminnie jedynie w porze ciepłej, cechuje się powstawaniem pęcherzyków i pęcherzy, wypełnionych początkowo cieczą jasną, potem mętniejącą, a zasychających następnie w cienkie białe lub jasno żółte strupki. — Druga, występująca sporadycznie, bez względu na porę roku i u dzieci i u starszych, znamionuje się występowaniem pęcherzyków, których treść szybko zamienia się w ropną, a która, wydostawszy się na zewnątrz, zasycha w grube woskowo żółte strupy. — Obecność gronkowca żółtego, którego od czasu do czasu udaje się z jednej i drugiej postaci liszajca wyhodować, uważają autorowie za zakażenie następowe. H. L. Weber.

O. Thomsen i H. Boas. **Odczyn Wassermanna w kile wrodzonej.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 111). Autorowie streszczają wyniki swej pracy mniej więcej w następujących słowach: Dzieci matek, które kiłę przebyły, a których surowica krwi daje odczyn ujemny, są i pozostają zdrowe daleko częściej, aniżeli dzieci matek, u których próba Wassermanna występuje dodatnio. Dzieci, u których później występują objawy kiły, niezawsze tuż po porodzie okazują odczyn dodatni. W rzadkich przypadkach u pewnych dzieci odczyn Wassermanna tuż po urodzeniu się bywa dodatni, wkrótce jednak zamienia się na ujemny, a dzieci te pozostają zdrowe. U dzieci z objawami kiły dziedzicznej odczyn Wassermanna zawsze jest dodatni. Odczyn Wassermanna u dzieci z objawami kiły wrodzonej jest daleko oporniejszy wobec leczenia swoistego i daleko trudniej zamienia się na ujemny, aniżeli odczyn przy kile nabytej. Matki dzieci kiłowych są zawsze kiłowe.

H. L. Weber.

W. Schwenter-Trachsler. **Nowa metoda usuwania włosów.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 111). Metoda pani S.-T., wypróbowana w 252 przypadkach, polega na wcieraniu mielonego pumeksu w miejsca poprzednio ogolone, z których włosy chce się usunąć. Wcierania wykonuje się pod włos 2 lub 3 razy dnia. W większości przypadków już po pół roku włosy są o wiele cieńsze, po roku już tylko meszek, a po dalszych 6 miesiącach ledwo ślad dawnego zarostu. Metoda może być zastosowana wszędzie, nie drażni skóry, nie jest kosztowna, nie wymaga specyalnych przyrządów i jest (podobno) chętnie wykonywana.

H. L. Weber.

Björling. **Czy istnieje jaka różnica w wydzielinie gruczołu krokowego prawidłowego a sprawą zapalną zajętego?** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 111). Barwiąc błękitem metylenowym jakąkolwiek wydzielinę ropną, przekonamy się, iż jądra niektórych leukocytów zabarwią się silniej i szybciej, niż ich protoplazma. Komórek takich, które B. nazywa »kernchromophile Leukozyten« nie znajduje się w wydzielinie z gruczołu krokowego zdrowego, często natomiast, chociaż niezawsze, znajduje się je w wy-

dzielinie gruczołu zajętego zapaleniem. Leukocyty z gruczołu zdrowego, barwione mieszaniną Leishmana (eozyny i błękitu metylenowego) barwią się jednostajnie, w wydzielinie zaś sterczu, w którym toczy się sprawa zapalna, jądra barwią się daleko silniej, niż ich protoplazma, w której również widzimy bardzo często ziarenka. Różnicę tę barwienia się owych leukocytów tłómaczy autor działaniem różnych środowisk, w których leukocyty pozostają, raz więc wydzieliny sterczu prawidłowej, drugi raz wysięku zapalnego. H. L. Weber.

Hecht. **O przyczynach gorączki po śródżylnem wstrzyknięciu salwarsanu.** (Med. Klinik, 1912, Nr 10). Przyczyna jest trojaka: 1. Wedle Wechselmana nie świeżo przekroplony rozczyn soli kuchennej, w którym w pewien czas rozwijają się bakterye; wprawdzie przed wyjałowieniem przed wstrzyknięciem zostają one zniszczone, ale ich martwe pozostałości, dostawszy się do obiegu krwi. wywołują dreszcz i gorączkę. 2. Toksyczność wstrzykiwań salwarsanu wzmaga się w miarę, im więcej endotoksyn z zabitych krętków przez środek ten zostało uwolnionych, stoi więc w prostym stosunku do stopnia zakażenia i tem większą wywołuje gorączkę. 3. U pewnych osób istnieje idyosynkrazya do salwarsanu, tak, iż nawet po małej jego dawce przy świeżo sporządzonym rozczynie soli kuchennej i słabem zakażeniu występują objawy ogólne (dreszcz, gorączka). Tu zaliczyć należy występujące u tychże osób rumienie toksyczne i półpasiec po wstrzyknięciu salwarsanu. M. Mondschein.

Herzfeld i Elin. **O wydzielaniu się jodu przy stosowaniu maści jodowych.** (Med. Klinik, 1912, Nr 9). Przy stosowaniu maści jodowych możemy przez odpowiednie dobranie samego przetworu i zaprawy wywołać obfite dostawanie się jodu przez skórę do ustroju. Z zapraw najlepiej nadaje się do tego celu waselina, potem wasogen, najmniej zaś zwykły tłuszcz i lanolina. Z przetworów jodu najłatwiej ulega wessaniu jothion, gorzej jodek potasu, a źle jodostaryna. Przy smarowaniu jodyną można jod wykazać w moczu, jeżeli jednak dodamy do jodyny gliceryny, to wessanie nie następuje. Wchłanianie staje się szybsze, gdy skóra jest podrażniona. Wynika z tego, że najlepiej jest zapisywać maść jothionową na waselinie lub wasogenie. A.

Fabry i Jerzycki: **W sprawie poronnego leczenia salwarsanem początkowego okresu kiły.** (Med. Klinik, 1912, Nr 5). Autorowie mieli na 50 przypadków wrzodu twardego (stwierdzone krętki, a czasem już i odczyn Wassermanna dodatni) 35 przypadków zupełnego wyleczenia z próbą Wassermanna ujemną bez następowych drugorzędnych objawów, pięć przypadków również bez objawów drugorzędnych z odczynem Wassermanna jednak dodatnim. Wyrażają więc zdanie (co i prof. Ehrlich na ich zapytanie potwierdził), że w początkowym okresie dla poronnego wyleczenia można śmiało wstrzyknąć śródżylnie i dwa razy po 0·5—0·6 salwarsanu, a obok tego zastosować 10 wstrzyknięć salicylanu rtęci. Przy podskórnem i śródmiąższowem stosowaniu wystarczyło jedno wstrzyknięcie, by i objawów dalszych nie było i odczyn Wassermanna był ujemny. Mimo wyższości zastosowania śródmiąższowego co do wydatności działania (w jednym przypadku wystarczyła jedna dawka 0·4 salwarsanu) nie doradzają go jednak F. i J., a to z powodu bolów. Chorzy skarżą się zazwyczaj przy pierwszem wstrzyknięciu na bole głowy, mdłości, biegunkę, rzadko na wymioty; niekiedy (rzadko) podnosi się ciepłota, najwyżej do 39° C. Te ogólne objawy znikają w krótkim czasie zupełnie. Po drugiem wstrzyknięciu podnosi się ciepłota nieznacznie, zaburzeń jednak ogólnych (bole głowy, mdłości i t. d.) zupełnie niema. Gorączka występuje mimo zachowania najściślejszej aseptyki i używania świeżo sporządzonych i świeżo wyjałowionych rozczynów salwarsanu i soli kuchennej i dlatego radzą F. i J. chorych po wstrzyknięciu śródżylnem trzymać w łóżku. Równocześnie stosują rtęć i to w postaci wstrzyknięcia salicylanu rtęci, który chwalą jako najlepszy przetwór do leczenia składowego (Depotbehandlung). Dobrze działają także wstrzykiwania mercinolu (Neisser) lub szarej oliwy lub kalomelu (Lang), są one jednak o wiele boleśniejsze. Środek Ehrlicha uważają F. i J. jako ogromny postęp w leczeniu kiły. Starą regułę, wedle której należy zacząć leczenie ogólne dopiero po okazaniu się osutki, trzeba stanowczo porzucić. Skoro tylko ustalono rozpoznanie kiły, potwierdzone przez wykazanie krętków, a czasem już i odczynu Wassermanna, powinno się natychmiast przystąpić do ogólnego leczenia w pierwszej linii salwarsanem dla uzyskania poronnego wyleczenia. Co do próby Wassermanna, to autorowie zgadzają się z twierdzeniem Neissera, że mylnem byłoby uważać ujemny jej wynik zaraz po leczeniu za dowód wyleczenia kiły. Autorowie w trzy miesiące robią próbę Wassermanna, a jeśli wypadnie korzystnie dla chorego, powtarzają ją po dalszych 3—6 miesiącach i radzą to powtarzać przez pierwszych kilka lat. Mondschein.

Weitz. **Przypadek gwałtownie przebiegającego ogólnego zakażenia wiewiórowego (gonococcaemia) z ostrym zanikiem wątroby.** (Med. Klinik, 1912, Nr 5). Przypadek ten dotyczy pomocnika handlowego, przyjętego do szpitala w stanie silnie zamroczonym. Przed 4 tygodniami zakażenie wiewiórowe. Mocz wedle orzeczenia lekarza ordynującego w 3 częściach mętny. Chory leczony był santylem, urotropiną i kąpielami nasiadowemi, przytem płukaniem pęcherza. Po pewnem nadużyciu napojów wyskokowych skarżył się chory na trzy dni przed przyjęciem do szpitala na silne uczucie zmęczenia. Następnego dnia wystąpiła żółtaczka, poczem chory powoli zaczął tracić przytomność, nie poznawać nikogo. W szpitalu stwierdzono na skórze całego ciała zabarwienie żółtaczkowe, po obu stronach szyi i górnej partyi piersi ostro ograniczony rumień szkarłatny. Na skórze całego ciała, z wyjątkiem twarzy, liczne wybroczyny, wielkości główki od szpilki aż do ziarnka prosa. Śledziona macalna, mocz wybitnie żółtaczkowy, zawiera dużo barwików żółci, ślady białka; brak cukru. Ciepłota ciała 38·5°. We krwi ciałek białych 54000. Rozpoznano posocznicę. Leczenie: hypodermoklizy, digalen śródmiąższowo, kamfora podskórnie. Z żyły ramieniowej wydostano 15 cm^3 krwi i zaszczepiono na pożywki agarowe. Wieczór chory był umierający, nie oddziaływał na dotknięcie, ciepłota 38·8, tętno ledwo wyczuwalne. O czwartej rano śmierć. W 40 godzin po szczepieniach z krwi wyrosło na agarze około 2000 kolonii, typowych dwoinek, odbarwiających się sposobem Grama. Sekcya wykazała: nerki zwyrodniałe miąższowo, na powierzchni wybroczyny, śledziona w dwójnasób powiększona, na otrzewnej punktowate wybroczyny; wątroba nie powiększona, o powierzchni gładkiej, na przekroju koloru brunatno-czerwonego, rysunek zrazikowy zatarty, zbitość bardzo miękka. Badanie drobnowidowe wątroby wykazało, że na wielkiej przestrzeni niema ani śladu budowy prawidłowej, widać tkankę łączną, źle się barwiącą, tylko tu i owdzie pojedyncze lub w grupach ułożone komórki wątrobowe, przeważnie zwakuolizowane, a brak jąder. Tu i owdzie kropelki tłuszczu.

Wedle autora nie jest ogólne zakażenie wiewiórowe bardzo rzadkie. Zwykle jednak przebieg jest powolny, w hodowlach z krwi, wydobytej w równej jak tu ilości, wyrasta ledwo kilkanaście kolonii gonokokków. W opisanym przypadku gwałtowny przebieg pozostawał w prostym stosunku do ogromnej ilości dwoinek we krwi, a ostry zanik wątroby (nadzwyczaj rzadki objaw) tłómaczy autor tem, że wątroba, jako duży filtr krwi, zatrzymała w sobie znaczną ilość dwoinek, które niezmiernie silnie zadziałały na komórki wątrobne. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 1. maja 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski; obecnych członków 33.

1) Prof. Mięsowicz przedstawił przypadek **polycythemia rubra megalosplenica.**

Prelegent, przedstawiając przypadek tej choroby, omawia w krótkości jej główne objawy: Na twarzy, kończynach, na błonach śluzowych spostrzega się zazwyczaj mniej lub więcej znaczną sinicę. Chorzy skarżą się na duszność, bóle głowy, wymioty, ogólne osłabienie. Narząd krążenia i oddychania w przypadkach niepowikłanych zmian nie okazuje. Zazwyczaj stwierdzamy obrzęk śledziony, często obrzęk wątroby. Najważniejszym objawem tej choroby jest zwiększenie się ilości krwinek czerwonych, dochodzące nawet do 13 milionów w 1 mm^3. Stosunkowo do tych wysokich liczb jest ciężar gatunkowy krwi nizki. Również odsetka hemoglobiny nie odpowiada ilości krwinek czerwonych, lecz jest stosunkowo niższa, wynosząc od 100 do 190%. Ilość krwinek białych jest w jednych przypadkach prawidłowa, w innych zwiększona (do 30 tysięcy). Lepkość krwi jest zwiększona. Co do zmian morfologicznych, to w wielu przypadkach stwierdzono poikilocyty i jądrzaste krwinki czerwone. Wśród krwinek białych liczne myelocyty neutrofilne. W niektórych przypadkach zmian morfotycznych nie stwierdzono. Przebieg choroby jest przewlekły. W przypadkach sekcyjnych stwierdzono szpik kostny czerwony. W niektórych przypadkach tej choroby stwierdzano podniesione parcie krwi, a brak powiększenia śledziony (typ Geisböcka). Co do patogenezy tej choroby istnieją rozliczne przypuszczenia, z których najprawdopodobniejszem zdaje się być zapatrywanie, że bezpośrednią przyczyną jej jest schorzenie szpiku kostnego i następowo wzmożona jego czynność. Leczenie tej choroby, mało skuteczne, polegało dotąd na podawaniu jodu, arsenu, wdychiwaniach tlenu, upustach krwi i naświetlaniach promieniami Röntgena. — Pierwsi uwagę na tę chorobę zwrócili Francuzi: Rendu i Widal, Vaquez i inni. U nas opisał tę chorobę bardzo dokładnie Rencki.

W przypadku prelegenta chora liczy lat 38, a choroba jej trwa od lat 17. Stwierdzono u niej wyraźną sinicę, obrzmienie wątroby i śledziony. Ilość krwinek czerwonych w przeciągu pięciomiesięcznego spostrzegania wynosiła od 7—8 milionów, ilość krwinek białych 7—9 tysięcy. Krwinek czerwonych jądrzastych nie stwierdzono. Leczenie zapomocą upustów krwi dało wynik bardzo dobry, ale przemijający. (Streszczenie własne).

2) Prof. Majewski: **Kilka słów o scotoma helieclipticum w związku z ostatniem zaćmieniem słońca.**

Prelegent podaje definicyę ubytków w polu widzenia (scotoma), które dzieli stosownie do położenia na środkowe i obwodowe. Omówiwszy następnie »scotoma positivum« i »negativum«, oraz przyczyny chorobowe, wywołujące to zjawisko, przechodzi do »scotoma helieclipticum«, będącego w związku z ostatniem zaćmieniem słońca. Na podstawie obfitego materyału statystycznego, zebranego z Galicyi przez innych lekarzy, jako też własnych spostrzeżeń, omawia prelegent szkody, wynikłe dla oka i podnosi, że przed zbliżającemi się zaćmieniami słońca powinno się publicznemi ogłoszeniami z urzędu ostrzedz publiczność przed szkodami, wynikającemi dla oka z patrzenia gołem okiem w słońce. (Rzecz przeznaczona do druku).

3) Dr Witołd Skórczewski: **Atofan ze stanowiska klinicznego i jego zachowanie się w ustroju.**

Prelegent, zajmując się parę miesięcy działaniem atofanu na ustrój ludzki, zamierza określić swoje zapatrywania na podstawie odbiegających od dotychczasowego tłomaczenia spostrzeżeń. Fakty, spostrzeżone w doświadczeniach Dra Sohna i prelegenta są następujące: 1) Zwiększenie ilości siarki obojętnej podczas podawania atofanu. 2) Przemiana atofanu w oksyatofan pod wpływem pracy utleniającej ustroju. W ostatnich czasach badania prelegenta stwierdzają zaburzenie w wydalaniu kwasów oksyproteinowych, które należałoby określić jako wzrost urochromu podczas podawania atofanu. Prelegent stara się określić swoje zapatrywania na przyczynę zwiększenia wydalania kwasu moczowego, któremu to zwiększeniu zawdzięcza atofan swą wziętość. Wbrew zapatrywaniom prof. Weintrauda, który przypisuje atofanowi działanie eliminacyjne, uważa prelegent zwiększenie kwasu moczowego za zależne od zmniejszenia rozpadu na związki prostsze. Na podstawie tych zapatrywań zwraca prelegent uwagę na niestosowność obecnego dawkowania. Leczenie należy przeprowadzać małemi zwolna zwiększanemi dawkami, ponieważ leczenie takie odpowiada typowi leczenia ćwiczącego. Korzystny wynik działania atofanu jest widoczny w zmniejszeniu ilości kwasu moczowego w okresach poatofanowych, które należy oceniać, jako zwiększenie rozpadu kwasu moczowego, po zwiększeniu pracy oksydacyjnej ustroju, przez czas podawania środka występujące. W ostrym napadzie dny jest środek ten przeciwwskazany, natomiast w czasie zwolnienia choroby należy go przy dobrej kontroli używać jako środka »par excellence« ćwiczącego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zapytuje kol. Blassberg prelegenta, u jakich chorych czynił swoje spostrzeżenia. Badania bowiem Hisa i Zuelzera wykazały, że przy podawaniu atofanu w przebiegu skazy moczanowej ilość kwasu moczowego we krwi ma się stopniowo zmniejszać, a w moczu równolegle wzrasta. Wzmożone wydzielanie kwasu moczowego w moczu ma się jednak przy podawaniu tego leku utrzymywać przez szereg dni tylko u chorych dotkniętych dną, w innych natomiast cierpieniach, n. p. w gośćcu stawowym, tego nie zauważono. Takie zachowanie się kwasu moczowego w moczu po atofanie uważają nawet za szczegół rozpoznawczy, umożliwiający odróżnianie skazy moczanowej i dny od spraw gośćcowych. W swojej praktyce prywatnej stosował B. atofan kilkanaście razy z uderzająco korzystnym wpływem na dolegliwości podmiotowe. Dwukrotnie zauważył pojawienie się krwiomoczu, stwierdzonego badaniem mikroskopowem. (Streszczenie własne).

Zastępca sekretarza dorocznego Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d 17 października 1911 r.

1) Polański: **Przypadek zwężenia obu oskrzeli z powodu twardzieli wraz z badaniem pośmiertnem oraz kilka słów o twardzieli wogóle.** (Prelegent przedstawił preparaty drobnowidowe z oskrzeli, tchawicy i jamy nosowo-gardłowej). Przypadek dotyczył dwudziestoletniej dziewczyny, pochodzącej ze sfery włościańskiej z Lubelskiego; chorej w szpitalu Dz. Jezus wykonano krikotracheotomię ze względu na znaczną duszność, trwającą od kilku lat i stopniowo się zwiększającą; pomimo jednak przecięcia tchawicy chora w nocy zmarła w czasie napadu duszności. Na sekcyi stwierdzono nacieki twardzielowe nietylko w jamie nosowo-gardłowej i krtani, ale i w tchawicy i w oskrzelach I i II rzędu z obu stron, wejście zaś do oskrzela prawego zatkane było czopem zaschłej wydzieliny, co było bezpośrednią przyczyną śmierci. Przypadki zmian twardzielowych w oskrzelach są bardzo rzadkie. Prelegent podkreśla, że twardziel na ziemiach Polski panuje niemal endemicznie, szczególniej w Galicyi, we wschodnich powiatach Królestwa Polskiego, na Wołyniu i Podolu, w środkowej zaś Europie i na Wschodzie przypadki twardzieli należą do niezmiernych rzadkości. Twardziel cechuje się bardzo przewlekłym przebiegiem; dopóki zmiany istnieją

w nosie lub jamie nosowo-gardłowej, łatwo je można usunąć; ale gdy rozwiną się w krtani i tchawicy, stan chorych staje się poważnym i wymaga odpowiednich zabiegów operacyjnych (przy zastosowaniu tracheo-bronchoskopii). Przy zmianach w oskrzelach II rzędu jednostronnych można jeszcze przedłużyć życie chorym na pewien czas, lecz gdy zmiany obejmują oskrzela z obu stron, stan chorych jest beznadziejny.

W dyskusyi uzupełnia Srebrny odczyt dwoma szczegółami. Pierwszy dotyczy nie wspomnianej przez prelegenta pracy Juffingera, który wykazał, że »chorditis vocalis inferior hypertrophica« jest zawsze pochodzenia twardzielowego; drugi zaś dotyczy pracy Srebrnego i Bujwida z 1892 r., w której Srebrny dowiódł, że nieznalezienie w nosie zmian twardzielowych nie dowodzi, aby ich tam nie było.

Kryński wspomina o promieniach X, zastosowanych przez Rydygiera (jun.) z wynikiem pomyślnym. Mówca naświetlał w 3 rozpaczliwych przypadkach twardzieli; poprawa była widoczna, ale chwilowa.

Drozdowicz oświadcza, że zaraz po ogłoszeniu pracy Rydygiera rozpoczął naświetlanie chorych na twardziel. U trzech chorych z pięciu, u których stosował promienie w przeciągu roku, poprawa była wybitna. Stosował naświetlania inaczej, niż Rydygier, mianowicie naświetlał często i krótko.

A. Sokołowski podkreśla doniosłość tej sprawy, gdyż twardziel prawie wyłącznie dotyczy naszego kraju, a zwłaszcza ziem Siedleckiej i Lubelskiej. Wśród ludności żydowskiej mówca spostrzegał tę postać chorobową nadzwyczaj rzadko.

Co się tyczy leczenia, to S. wypróbował najrozmaitsze sposoby i zaznaczyć musi, że wycinanie w pierwszych okresach daje stosunkowo niezłe wyniki; przytem wycinanie skraca leczenie znacznie więcej, niż rozszerzanie. Obecnie stosuje mówca metodę Rydygiera, dzięki której w pierwszych okresach daje się zatrzymać dalszy rozwój tego cierpienia.

2) Tuchendler An.: **Rektoromanoskopia i jej zastosowanie kliniczne.** Mówca podkreśla doniosłość badań zapomocą sztucznego oświetlenia odbytnicy i pętli esowatej, które bywają często siedliskiem najrozmaitszych spraw chorobowych, i wymienia zasługi, położone w tej dziedzinie zwłaszcza przez Otisa i Kellyego. Dalej omawia rozmaite szczegóły fizyologiczne (długość, kierunek, usadowienie fałd w odnośnych odcinkach kiszek), rozstrzygnięte dzięki zastosowaniu rektoromanoskopii. Prelegent opisuje najnowsze przyrządy, używane do tego celu, radzi jednak nigdy nie zaniedbywać jednoczesnego badania palcem. Za pomocą nowej metody można rozpoznawać: 1) sprawy wysoko usadowione w odbytnicy, niedostępne dla palca; 2) nieżyt odbytnicy, jej owrzodzenia i polipy; 3) raka odbytnicy; 4) krwawienia kiszkowe; 5) sprawy usadowione w części odbytnicowej kiszki esowatej. Najczęściej widywał prelegent raka i omawia jego obrazy wziernikowe (niezawsze guz, często owrzodzenie powierzchowne twarde; stwardnienie często obejmuje cały obwód, podobne do blizny, lub jako polip wystający do światła i t. p.) Mówca opisuje szczegółowo kilka przypadków kazuistycznych, zastanawia się szerzej nad gruźlicą, polipami i przytacza przypadek zwężenia kiszek oraz opryszczek w odbytnicy.

W dyskusyi dorzuca Rajchman kilka uwag praktycznych: 1) nigdy nie należy wprowadzać rektoskopu bez uprzedniego ogrzania; 2) przy pierwszem badaniu często nie udaje się wsunąć narzędzia do pętli esowatej, gdyż fałd odbytniczo-esowaty (plica rectoromana) kurczy się pod wpływem psychicznym; za drugim, trzecim razem rektoskop wchodzi sam bez oporu; 3) do oświetlania zamiast niepraktycznych drogich akumulatorów posługuje się mówca tanimi suchymi elementami, które w zupełności wystarczają do oświetlenia rektoskopu.

Posiedzenie kliniczne z d 30 października 1911 r.

T. Heiman: **Leczenie zapaleń ucha.** (Wykład, przeznaczony dla lekarzy praktyków, którzy zmuszeni są (na prowincyi) leczyć także choroby narządu słuchowego). Zapalenia ucha zewnętrznego ostre występują jako wrzodzianka, ropień i zapalenie torebkowate. Dla leczenia stosować należy maść z czerwonego precypitatu rtęci lub z kwasu karbolowego i borowego; płynów unikać; przeciw zapaleniu pasorzytowemu najlepiej działa wyskok i kwas borowy w proszku. W wyprysku ostrym i przewlekłym leczenie płynami jest przeciwwskazane. Ciał obcych w uchu nie należy usuwać narzędziami, lecz tylko przestrzykiwaniami. Nieżyt ostry i przewlekły ucha środkowego leczy się tuszem powietrznym. Otoskleroza jest podług prelegenta wyrazem siedziby miejscowej cierpienia ogólnego resp. choroby krwi; leczenie miejscowe nie przynosi żadnej korzyści, ogólne — łagodzi. W zapaleniu ropnem ucha środkowego, mając pewność obecności ropy w jamie bębenkowej, należy przeciąć błonę bębenkową i wykonać przedmuchiwanie. Prelegent jest przeciwnikiem wczesnego otwierania jamy bębenkowej. Obawa zapędzenia drobnoustrojów do jamy sutkowej nie jest uzasadniona. W okresie ostrym zapalenia i przed przebiciem samodzielnem lub rozcięciem błony bębenkowej dobrze działa 5% roztwór karbolglicerynowy. Przeciw ropieniu stosuje się środki odkażające. Ból powtarzający się, bardzo obfite ropienie i gorączka wskazują na potrzebę otwarcia wyrostka sutkowego. W zapaleniu ropnem stosowanie tuszu powietrznego dla naprawy słuchu jest niezbędne. U dzieci zapalenie ostre powtarza się w postaci napadów kilkugodzinnych lub kilkudniowych; u małych dzieci przebiega nieraz pod postacią ostrego zapalenia opon mózgowych. Ropienie przewlekłe, będące wyrazem spraw kostnych, wymaga zabiegu operacyjnego.

W dyskusyi podnosi Srebrny sporo niedokładności i sprzeczności w odczycie; np. H. mówi, że w leczeniu pasorzytowego zapalenia ucha zewnętrznego należy unikać płynów i dodaje, że sam stosuje wyskok. Prelegent zbyt śmiało zapewnia, że niema przypadków ciał obcych w uchu, którychby nie można było wyjąć drogą naturalną; pomimo największej cierpliwości ze strony lekarza i chorego może się jednak nieraz okazać potrzeba odłuszczenia muszli. Przedmuchnięcie ucha po przecięciu błony bębenkowej nie jest zabiegiem niewinnym, gdyż nie jest rzeczą obojętną do już istniejących w wyrostku zarazków dodanie nowych przez wpędzenie ich przy przedmuchiwaniu. Dla S. wskazaniem do przecięcia błony bębenkowej jest długotrwały ból, gorączka i objawy mózgowe. U niemowląt zapalenie ucha środkowego może nie dawać żadnych objawów prócz gorączki, i dlatego, jeśli u niemowlęcia nie można wykryć żadnej przyczyny gorączki, to choroba z pewnością znajdzie się w uchu.

Grundzach przytacza przypadek, w którym 15-letnia panna gorączkowała i wymiotowała bez żadnych przyczyn chorobowych ze strony narządu pokarmowego; ponieważ G. dowiedział się o dawniejszym wycieku z ucha, wezwał specyalistę, który stwierdził zapalenie ucha środkowego.

Heiman w odpowiedzi podkreśla, że nie miał wykładu o zapaleniu ucha środkowego, lecz podał jedynie ważniejsze objawy i wyniki swego doświadczenia, na zasadzie których praktyk może się oryentować, z czem ma do czynienia.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

(od r. 1907 po koniec 1911).

Posiedzenie z dnia 13. maja 1911 r.

Obecnych 26 członków rzeczywistych.

1) Kol. Czajkowski. 18-letnia chora miała **obrzęk prawego stawu biodrowego,** bolesnego tak, że chora

chodzić, ani ruszyć się na łóżku nie mogła. Odczyn Pirqueta był bardzo wyraźny. Oprócz tego mniejszy obrzęk i bóle stawu kolanowego. Cz. stosował swoją **szczepionkę przeciwgruźliczą**. Już po 5 wstrzyknięciach bóle się uspokoiły, a w końcu nastąpiło wyzdrowienie zupełne. Chora chodzi, bolu nie odczuwa, pozostał tylko nieznaczny obrzęk.

W dyskusyi kol. Żołędziowski podaje w wątpliwość rozpoznanie gruźlicy i zapytuje, dlaczego kol. Cz. wyłącza gościec.—Kol. Czajkowski odpowiada, że cały obraz chorobowy, a głównie wyraźny odczyn Pirqueta, wyłączały zupełnie niegruźlicze zapalenie stawu. Zresztą gośćcowe zapalenia jednego tylko stawu należą do rzadkości. — Kol. Wołkowicz wyraża zdanie, że w danym przypadku zupełnie jest możliwe gośćcowe zapalenie stawu biodrowego; miewał już takie przypadki niejednokrotnie; mogą one przejść bez leczenia. — Kol. Puterman jest zdania, że odczyn Pirqueta znaczenia kategorycznego nie ma. — Kol. Czajkowski podnosi, że wyleczenie bez środków swoistych nie przemawia przeciw rozpoznaniu gruźliczego zapalenia stawu; u dzieci zapalenie stawu biodrowego przechodzi nieraz bez leczenia swoistego.

2) Kol. Czajkowski opowiada o przypadku **gruźliczego zapalenia opon**. Przypadek w początkowym przebiegu, jak to często bywa w tej chorobie, był bardzo niewyraźny i niemożliwy do rozpoznania. Gdy Cz. po raz pierwszy zobaczył chorą, 9. V. niedomagała ona już od 3 tygodni, 3 V. po raz pierwszy dreszcze, przedtem stan podgorączkowy. Tętno 124, nierówne. Paradoksalny odruch źrenic. Wymioty po wypiciu czegokolwiek. Charakterystyczne płonienie. Drgawki kloniczne. W ciągu 3 dni wstrzyknął Cz. 20 cm^3 swojej **szczepionki gruźliczej** i mieszanej bez skutku. Chora zmarła. Kol. Cz. przypuszcza, że przy gruźliczem zapaleniu opon lepszy skutek może dać wstrzyknięcie szczepionki do jamy mózgowo-rdzeniowej i w przyszłości tak zamierza postąpić.

3) Kol. Weinzieher przedstawia opinię Zarządu co do wniosków zebrania organizacyjnego. Zebranie zgadza się z opinią Zarządu i przyjmuje dodatkowy wniosek kol. Starkiewicza, aby w celu nadania pewnej planowości pracom Towarzystwa, Zarząd opracował cały szereg tematów o treści określonej i przedstawił do przyjęcia i rozebrania pomiędzy siebie członkom Towarzystwa.

4) Kol. Arnold: **O rokowaniu w chirurgii.**

Na wstępie kol. A. zaznacza, że brak zupełnie specyalnej literatury, dotyczącej tego tematu i tylko na zasadzie własnego doświadczenia wyrobił sobie pewne poglądy, którymi się dzieli z kolegami.

Pierwszym i najgłówniejszym warunkiem dokładnego rokowania jest dobre rozpoznanie choroby czy uszkodzenia, następnym — szczegółowe zaznajomienie się z właściwościami chorego. W rokowaniu chodzi 1) o sprawę utrzymania życia, 2) o czas wyzdrowienia, 3) o ewentualną niezdolność do pracy i jej stopień. Do czynników, pogarszających leczenie ran, należy przedewszystkiem gruźlica, która nawet w stanie ukrytym może bardzo źle oddziaływać w tym kierunku. Kol. A. przytacza przypadek rany postrzałowej, niepowikłanej, u młodego inżyniera; gojenie się rany trwało 6 miesięcy. Chory nie gorączkował; wzbudzał tylko podejrzenie zupełny brak apetytu; w 2 lata potem zmarł chory na gruźlicę płuc.

Następnie źle oddziałują na przebieg gojenia się ran choroby przemiany materyi, jak cukrzyca, skaza moczanowa, otyłość. Dalej: wady serca, schorzenie nerek, cierpienia żołądka i jelit i wynikające z nich złe odżywianie ogólne. Oddziaływa również w tym kierunku i stan psychiczny chorego; chory n. p. niespokojny lub cierpiący na obłęd (delirium) może zrywać opatrunki. Stan skóry również ma znaczenie; tak np. przy nadmiernem poceniu się łatwo tworzy się wyprysk i należy częściej zmieniać opatrunki; zdarza się to najczęściej u młodych mężczyzn 18—22-letnich. Dalej odgrywa rolę wiek; w wieku dojrzałym rany goją się nieraz lepiej, niż u dzieci; ciąża i okres poporodowy źle wpływają. Następnie w znacznym stopniu zależy rokowanie od możliwości zastosowania odpowiedniego leczenia, od warunków ekonomicznych i odżywiania się chorego. Poprawa czynności uszkodzonych narządów idzie nieraz bardzo wolno i zależnie od przyzwyczajania się ustroju może trwać do 10 lat; ustalanie więc renty po 3 latach nie zawsze jest racyonalne i pod tym względem należałoby wprowadzić poprawki do obowiązujących przepisów.

W dyskusyi brali udział kol. Puterman, Wołkowicz, Królikowski, Żołędziowski, Suchodolski i Weinzieher.

5) Kol. Wołkowicz. **O lekarzu fabrycznym.**

Zadaniem referatu jest przedstawić obecny stan stosunku zakładów przemysłowych do lekarzy fabrycznych,— prawnego, materyalnego i moralnego, i konieczności poprawienia stosunków tych na korzyść lekarzy. Referent pomija na razie reformy głębsze w udzielaniu pomocy lekarskiej robotnikom fabrycznym, nie zastanawia się również nad zagadnieniem złożenia sprawy leczenia robotników w ręce innego gospodarza, jak n. p. zrzeszenia robotnicze, instytucye rządowe lub społeczne. Wszystkie te reformy niewiadomo jeszcze, czy będą z rozmaitych względów korzystne dla lekarzy, w najlepszym zaś razie nie są blizkie urzeczywistnienia. Jak obecnie, lekarz fabryczny jest jednostką, zależną od zarządu, czy też dyrektora danego zakładu przemysłowego, najętą z konieczności wskutek nakazu rządowego, opiewającego, że fabryki, zatrudniające więcej, niż 50 robotników, muszą mieć stałego lekarza fabrycznego, który co najmniej 2 razy na tydzień obowiązany jest w osobnem ambulatoryum przyjmować chorych robotników.

Właściciele zakładów przemysłowych, czyli fabrykanci, chcieliby ten włożony na nich ciężar, z przyczyn handlowych, zupełnie zresztą słusznych, zredukować jaknajbardziej. Lekarze zaś, poczęści w pogoni za zarobkiem i w obawie konkurencyi ze strony kolegów, poczęści zaś także jednak przez nieświadomość, (czyli inaczej mówiąc, przez naiwność), oddają pracę swoją na warunkach dla siebie nienajkorzystniejszych, na czem, rozumie się, i praca sama często cierpi. Boć nie będąc dostatecznie wynagrodzonym, lekarz dla zwiększenia dochodów swoich stara się o kilka takich posad. Ale ponieważ dzień ma tylko 24 godzin i przez te całe 24 godzin niemożebne jest bez przerwy jeździć z jednej fabryki do drugiej, więc musi też być i pewna granica w obsługiwanej przez lekarza liczbie fabryk i robotników w fabrykach. W przewidywaniu tego wydane zostało prawo, które pozwala lekarzowi mieć pod swoją opieką w jednej fabryce najwyżej 3000 robotników lub 2 fabryki z liczbą od 1000 do 1500 robotników w każdej, lub też 5 fabryk z liczbą od 100 do 500 robotników. W praktyce jednak zdarzają się niekiedy przekroczenia tych granic. A dzieje się to znów dlatego, że lekarz najczęściej nie bywa w każdej z tych fabryk należycie wynagradzany. Uposażeni stosunkowo dostatecznie bywają lekarze, mający w zawiadywaniu swojem szpitale, należące do większych zakładów przemysłowych. Tych referent pomija. Upośledzeni są zaś materyalnie najczęściej biali murzyni-lekarze, którzy pracują w t. zw. ambulatoryach fabrycznych. Lekarz taki zaczyna swoją służbę i kończy ją po 30 czy 40 lub 50 latach z tą samą płacą. Lekarz taki niech wpadnie w chorobę dłuższą lub stanie się przez starość niezdolnym do pracy, pozostaje nieraz bez środków do życia, a fabryka, czy zakład przemysłowy, w którym pracował, nie poczuwa się do obowiązku przyjść mu w pomoc. Zwykły urzędnik otrzymuje dalej co kilka lat podwyżkę pensyi, otrzymuje prócz pensyi raz lub dwa razy do roku tak zwaną gratyfikacyę, wynoszącą w wielu fabrykach $^1/_4$—$^1/_3$ pensyi rocznej. Lekarz, narzucony fabryce przez rząd, tych prerogatyw urzędnika nie posiada. Również nie otrzymuje w zasadzie urlopu, ani nie wolno mu chorować. Choroba, urlop parotygodniowy dla zdrowia, czy dla studyów, wyjazd parodniowy dla spraw osobistych lub rodzinnych — wszystko to obciąża pensyę lekarza i gdy każdy inny urzę-

dnik przez czas choroby otrzymuje swoją pensyę, lekarz musi swoim kosztem dawać zastępcę.

Jeżeli społeczeństwa doszły do tego, że każdy najniższy urzędnik fabryczny korzysta z najrozmaitszych prerogatyw nawet wtedy, jeżeli osobnej umowy z daną instytucyą nie zawierał, to i lekarze, służąc takiej instytucyi, powinni tych prerogatyw się domagać. Niektóre poważniejsze zakłady przemysłowe nadały już i lekarzom te same prerogatywy, z których korzystają i urzędnicy, inne za to z całą świadomością uzasadnione powyższe żądania lekarzy odrzucają. Gdyby lekarze umieli się zjednoczyć, gdyby zakłady przemysłowe wiedziały, że nie znajdą poza lekarzem, z którym się układają, innego, który przelicytuje kolegę swojego »in minus«, z pewnością uzyskaliby lekarze i wogóle lepsze warunki dla siebie w fabrykach i w szczególności wszystkie prerogatywy, z których inni pracownicy intelektualni korzystają. A wtedy lekarz mógłby inaczej pracować i inaczej się dokształcać, inaczej swój moralny stosunek do zarządów fabryk postawić.

Czyż obecnie jaki lekarz fabryczny śmie zakomunikować fabrykantom jakie swoje uwagi co do konieczności zastosowania takich czy innych środków higienicznych, czy też ochronnych, czy jaki lekarz fabryczny uważa za właściwe zajść do fabryki przekonać się, w jakich warunkach nastąpił nieszczęśliwy wypadek i t. d. Dopóki każdy lekarz będzie się obawiać, że go kolega podejdzie, — dopóki ten drugi i trzeci kolega nie będzie lepiej postawiony materyalnie, ażeby módz nad sobą należycie pracować, — nie będzie nikt miał śmiałości żądać lepszych warunków dla siebie. Jeżeli chcemy, ażeby się stanowisko materyalne nasze poprawiło, powinniśmy nie przyjmować w fabrykach stanowisk inaczej, jak tylko na warunkach o wiele lepszych, niż dotychczasowe, i z tem jeszcze, ażeby ze stanowiskiem związane były wszystkie prawa i prerogatywy, z których korzystają inni urzędnicy fabryki.

A więc: 1) podwyżka pensyi co 3 lata o 10%, boć i lekarz, im jest starszy, tem więcej posiada wiedzy i doświadczenia, i życie coraz jest droższe; 2) dodatek ściśle z góry określony na mieszkanie, opał, światło, albo to wszystko w naturze; 3) konie — albo na konie; telefon — albo na telefon; 4) gratyfikacye takie same, jak inni urzędnicy otrzymują; 5) należenie do kas przezorności; udział w legatach dla urzędników fabryk; 6) asekuracya od wypadku podczas pełnienia czynności służbowych; 7) prawo do urlopu 6-tygodniowego; prawo »choroby« i wyjazdu dla spraw osobistych lub rodzinnych; i 8) osobny dodatek na dalsze kształcenie się. (Streszczenie własne).

Dyskusyę nad powyższym referatem wobec spóźnionej pory odłożono na jedno z następnych posiedzeń.

S. Weinzieher (Będzin).

Ze spraw szpitalnictwa.

Księga pamiątkowa, wydana przez Magistrat m. Warszawy, i szpitale warszawskie w jej oświetleniu.

(Dokończenie).

Przytoczyłem projekt komisyi prawie »in extenso«, ponieważ, o ile mi wiadomo, oficyalnie nie był on dotąd drukiem ogłoszony, a zatem ogółowi mało jest znany. Trzeba zaznaczyć, że obydwie części projektu (jedna o 5 i druga o 11 punktach) znajdują się w dość bałamutnym stosunku do siebie; lecz mniejsza o niezbyt szczęśliwą redakcyę. Projekt ten, o ile mowa o wyzyskaniu istniejących terenów szpitalnych pod nowe budynki, trzeba uznać w zasadzie za słuszny i posuwający sprawę naprzód. Nieco inaczej przedstawiają się inne wnioski. A więc przedewszystkiem musimy zwrócić uwagę na propozycyę budowy przytułku dla chorych przewlekłych (u nas zwą ich krótko »chronikami«), którą to sprawę komisya wysunęła na czoło swojego projektu. To wprowadzenie wyrazu »chronik«, który nie symbolizuje żadnego ściśle określonego pojęcia, stało się oddawna pniem na drodze wszelkich naszych projektów i dyskusyi szpitalnych. Przypuszczam, że komisya przez tę nazwę rozumiała zniedołężniałych starców, marantyków, nieuleczalnych paralityków, którym szpital ani zdrowia, ani ulgi w cierpieniu przynieść nie może. Tacy ludzie rzeczywiście kwalifikują się do przytułku, tylko że w takim razie przypuszczenie, iż dla pomieszczenia tych nędzarzy wystarczy schronisko na 300 osób — to utopia. Jestto sprawa, której nie kusiło się dotąd rozwiązać żadne państwo, pozostawiając jej łagodzenie przeważnie dobroczynności publicznej, dopóki ubezpieczeniem od starości i niedołęstwa nie rozwiążą jej ostatecznie. Małą próbę zadośćuczynienia tej potrzebie zrobiono już w Warszawie, otwierając w r. 1898 taki przytułek na 120 osób przy szpitalu praskim. Byłem o tyle szczęśliwy, żem w pierwszym roku istnienia tego zakładu zdołał po wielu staraniach pomieścić tam jedną chorą nieuleczalną, lecz od tego czasu w ciągu lat z górą 13 już mi się to więcej nie udało. Inni, z którymi o tem rozmawiałem, nawet takiego szczęścia nie dostąpili, ponieważ, jak się Zarząd szpitala praskiego tłumaczy, nawet swoich kandydatów wszystkich nie może tam pomieścić. I co tu mówić, ba, kłaść nawet na czele projektu propozycyę wybudowania przytułku na 300 osób, by tym sposobem uwolnić szpitale od balastu nieuleczalnie chorych. Wszak, nie licząc wspomnianego już przytułku na Pradze, mamy jeszcze pięć innych przytułków z Górą Kalwaryą na czele, które podług Księgi pamiątkowej (str. 278) w r. 1908 mieściły 749 pensyonarzy, a poza tem trzy takież przytułki prywatne. Czy odczuwają to szpitale? Nie mam nic przeciwko dalszemu budowaniu takich przytułków, o ile na to środki pozwolą, lecz nie można się łudzić, że zdołamy wybudować tyle, by one mogły wybitnie wpłynąć na brak łóżek w szpitalach.

Musimy się z kolei zastanowić nieco nad drugim i trzecim punktem projektu komisyi. Drugi punkt zaleca urządzić 828 nowych łóżek szpitalnych. Zupełnie słusznie Dr Jakimiak w swoim artykule, drukowanym w »Medycynie« z b. r. (Nr 5, 6 i 7) zapytuje, dlaczego 828, a nie 830 lub 1000, a to tembardziej, że w drugiej części projektu (złożonej z 11 punktów) taż komisya projektuje liczbę łóżek powiększyć do 1380 (łącznie ze szpitalem przy ul. Złotej). Przypuszczam, że tę liczbę 828 możnaby porównać z cyfrą układanego przez urzędników budżetu milionowego, gdzie zawsze muszą być na końcu kopiejki, a nawet połówki tychże. Ma to świadczyć o sumienności i dokładności roboty. Stare biurokratyczne złudzenie! Lecz mniejsza o to. Ważniejsza sprawa szpitala dla chorób zakaźnych, co do której znowu się piszę na zapatrywania Dra Jakimiaka. Podług dzisiejszych zapatrywań budowanie oddzielnych szpitali dla chorych zakaźnych nie jest praktyczne. We wszystkich nowych szpitalach niemieckich wydzielają dla chorób zakaźnych specyalny teren, izolują go od reszty szpitala, lecz pozostawiają w związku administracyjnym i gospodarczym z tymże szpitalem. Tak rozwiązały tę sprawę Berlin, Hamburg, Norymberga, Kolonia, Lwów (szpital krajowy) i inne miasta.

Wiem, że Londyn postąpił inaczej, budując oddzielnie wzorowy szpital dla chorób zakaźnych. Tam jednakże, gdzie idzie o zaoszczędzenie na budowie i eksploatacyi, bezwarunkowo system niemiecki jest dogodniejszy; poza tem oszczędza on chorym, przywiezionym do szpitala ogólnego bez pewnego rozpoznania (a takich jest nie mało), powtórnej drogi do odległego szpitala dla chorób zakaźnych.

Nie wiem, czy Księga pamiątkowa wydrukowała projekt komisyi całkowicie, czy też z pewnemi opuszczeniami. Mówię to dlatego, że dziwi mnie, iż w projekcie nie znajduję ani słówka o niezbędności wybudowania jednego du-

żego szpitala. Nie bądźmy strusiami i nie chowajmy głowy przed naciskającą nas koniecznością. W Warszawie przybywa rocznie kilkanaście tysięcy mieszkańców (bywały lata, że przybywało po 30 tysięcy). Za lat 8—10 liczba mieszkańców powiększy się o 100 tysięcy, i to nie milionerów, leczących się w Berlinie lub Paryżu, lecz tych biedaków, dążących do szpitali warszawskich. Trudno będzie zaczynać myśleć wówczas, gdzie ich pomieścić, gdy już i dostawiać nie będzie gdzie łóżek, chyba na dachach. To też już dziś potrzeba sposobić się do budowania dużego szpitala za miastem, na jakieś 1500 łóżek, w którym poza rozmaitemi specyalnościami można wyodrębnić specyalny dział zakaźny na 400 lub 500 łóżek. Możnaby nawet, mając teren, zacząć od budowy takiego oddziału zakaźnego, jak to uczyniono w szpitalu Virchowa w Berlinie. Wybudowano najprzód cały oddział zakaźny, puszczono go w ruch, a dopiero w kilka lat później, gdy się znalazły fundusze, dobudowano resztę. Chcąc coś pobudować fundamentalnego, trzeba myśleć o tem wcześniej, a nie odkładać wszystkiego na ostatnią chwilę.

A teraz jeszcze jedna uwaga co do projektu komisyi. Projekt ten prawie nic nie wspomina o potrzebach naukowo-lekarskich naszych szpitali. Wszyscy stykający się z chorymi lekarze wiedzą o tem (zresztą i Księga pamiątkowa w opisie otrzymanego od Rady miejskiej inwentarza o tem wspomina), że szpitale warszawskie pod względem urządzeń swoich nawet skromnym wymaganiom nie odpowiadają. Brak prosektorów, brak pracowni bakteryologicznych, chemicznych, serologicznych, rentgenowskich, brak urządzeń elektro-hydro-mechanoterapeutycznych; jednem słowem, poza nożem i receptą (zresztą także w dość ciasnych granicach), szpitalom warszawskim brak wszelkich środków dyagnostyczno-terapeutycznych, którymi dziś medycyna i dobrze urządzone szpitale rozporządzają. O wszystkiem tem projekt komisyi zdaje się zapominać. Wprawdzie w ostatnim paragrafie projektu, już po przytułkach dla sług i »chroników«, wspomniano coś o polepszeniu warunków higieniczno-sanitarnych (?) w istniejących szpitalach, lecz trudno nawet się domyśleć, co należy pod tem rozumieć. Czyżby autorowie projektu rzeczywiście sprawę tak palącą, tak nie cierpiącą zwłoki, sprawę, która dotyczy nietylko zdrowia chorych szpitalnych, lecz i podniesienia poziomu naszej medycyny, wykształcenia dla kraju dobrych lekarzy, czyżby, powiadam, ciż autorowie uważali to wszystko za rzecz, którą można umieścić gdzieś na ogonku potrzeb, nawet poza przytułkami dla sług i niedołęgów!

Jeszcze raz powtarzam, nie znam całości projektu komisyi, lecz to, co przytacza Księga (a to przejdzie do wiadomości ogółu), jako wynik pracy lekarzy, uważam za niefortunne. Przypuszczam, że i władze niebardzo były zadowolnione z tego referatu, skoro już na początku 1909 r. zostaje w tymże celu zwołana nowa komisya pod przewodnictwem wiceprezydenta miasta p. Zaremby, w skład której, poza inspektorem szpitali rz. r. st. Drem Troickim i Prof. Kosińskim, wchodzi pięciu nielekarzy. Program działalności tej komisyi zaznacza znowu »da capo« debaty nad określeniem niezbędnej liczby łóżek szpitalnych, nad rozszerzeniem szpitali i t. d. Poza tem podlega omówieniu strona finansowa projektu. Materyałów, potrzebnych obradującym, tym razem miały dostarczyć miejscowe komisye szpitali. Czy też komisye pracowały nad tem, czy dostarczyły cośkolwiek i co mianowicie, ani Księga o tem nie mówi, ani prywatnie dowiedzieć się nie zdołałem. Taksamo nie przytacza Księga wyników komisyi wiceprezydenta Zaremby, krótko tylko nadmieniając w odnośniku, że oddzielne tego szczegóły znajdują się dalej przy omawianiu zmian w różnych szpitalach.

A teraz przyjrzyjmy się temu, co zdołał magistrat zrobić dla szpitalnictwa warszawskiego w ciągu pierwszych dwóch lat swych rządów. Otóż z danych Księgi widać, że przedewszystkiem bardzo skutecznie uporządkowano finanse szpitalne. Co się tyczy reform w samych szpitalach, to tu z konieczności, wobec krótkiego okresu czasu i liczenia się z funduszami, nie mogły nastąpić zmiany efektowne; jednakże i tu widzimy niejedno zrobione, więcej zaś rzeczy zaczętych. Przedewszystkiem specyalna komisya budżetowa określiła dokładnie budżet szpitali i zakładów dobroczynnych, oraz wskazała źródła na pokrycie tegoż.

Ze sprawozdania widać, że w 1908 r. wydano na szpitale i zakłady dobr. 1610069 rb. (kopiejki wszędzie pomijam), z czego miasto zapłaciło 592300 rb.; w r. 1909 wydano 1603017, z czego miasto zapłaciło 533567 rb.

Przy szpitalach i zakładach dobr. utworzył magistrat specyalne komisye miejscowe, których zadaniem jest rozpatrywać wszelkie sprawy, związane ze stawianiem nowych budynków i poprawianiem starych, z zaprowadzeniem ulepszeń administracyjno-gospodarczych i lekarsko-sanitarnych które wreszcie powinny układać budżety i czuwać nad prawidłowem ich wykonywaniem, nad dobrocią dostarczanych przedmiotów i produktów spożywczych. W instrukcyi, wydanej dla tych komisyi, powiedziano, że w ich skład pod przewodnictwem kuratora szpitala wchodzą: naczelny lekarz, jeden lub dwóch ordynatorów, intendent i starsza siostra miłosierdzia. Ordynatorzy są przez prezydenta na rok zatwierdzani. Komisye mają odbywać posiedzenia nie mniej, niż dwa razy na miesiąc, przyczem mają być prowadzone protokoły, podpisywane przez wszystkich członków. Sprawy rozstrzyga większość głosów; w razie równej liczby głosów głos przewodniczącego przeważa. Muszę tu specyalnie podkreślić dążenia magistratu, by wprowadzić do pracy administracyjno-gospodarczej w szpitalu ordynatorów, jako bezpośrednio stykających się z potrzebami lekarskiemi szpitali. Na nieszczęście, jak dotąd, działalność tych komisyi ujawnia się słabo, co w niewielkim chyba tylko stopniu zależy od ordynatorów. Nawet sam sposób wybierania ordynatorów nie jest bez zarzutu. Wielką zasługą magistratu jest uporządkowanie sprawy dostaw do szpitali drogą zastąpienia spekulantów przez porządne firmy. Dalej zabrał się magistrat energicznie do ściągania zaległości kosztów leczenia (w roku 1906 z tego źródła wpłynęło 169080 rb., w r. 1909 — 375363 rb.), ściągania podatku szpitalnego rublowego (w r. 1907 wpłynęło 118622 rb., w r. 1909 — 169873 rb.), starał się powiększyć dochód z opłaty od biletów teatralnych, polepszył gospodarkę w folwarkach szpitalnych, załatwił wykup czynszów wieczystych.

Pod względem ulepszeń w szpitalach magistrat zrobił, co następuje: Wobec bardzo złego stanu budynków w wielu istniejących szpitalach przedewszystkiem zabrano się do przebudówek, gruntownego remontu, zaprowadzenia kanalizacyi, wodociągów i elektrycznego oświetlenia (szpital św. Łazarza) itd. Na ten cel asygnowano w r. 1908 — 108744 rb., w r. 1909 — 150050 rb.

Następnie pomyślano o poprawieniu żywności chorych i obsługi szpitalnej. W tym celu zorganizowano przeważnie z lekarzy dwie komisye, z których jedna określiła normę żywności. Normę pieniężną określono 32 kop. na dobę dla jednego chorego. Godząc się teoretycznie, że norma 32 kop. nie jest przesadzona wobec znacznego podrożenia produktów, magistrat ze względu na stan finansowy miasta podniósł dzienny wydatek na żywność chorego z 22 kop. tylko do 27·5. Dało to możność dodania chorym choć skromnego podwieczorku. Wogóle co do tej sprawy, choć to wybiegnie nieco poza omawiane sprawozdanie, muszę zaznaczyć: wobec częstych wahań cen targowych, a co za tem idzie, wobec częstych zmian taryfy pokarmowej, która stanowi dla lekarza i Siostry miłosierdzia w oddziale podstawę do układania t. zw. relewy dziennej pokarmów, magistrat musi bezwarunkowo zarzucić normę pieniężną, a zgodzić się na normę żywności. Właściwie, co to obchodzi lekarza w oddziale, że mięso kosztuje o parę kopiejek drożej lub taniej na funcie. Przecież chory na tem nie powinien tracić, jak nie powinien tracić na tem, że chi-

nina jest w danej chwili droższa lub tańsza. I tak rzeczywiście sprawa stoi wszędzie, z wyjątkiem naszych szpitali. Zapytywane przezemnie władze szpitalne za granicą wprost nie mogły zrozumieć, jak można prowadzić w ten sposób gospodarkę żywnościową. Chory tam dostaje to, co mu się według normy żywności należy, bez względu na to, jaka w danym czasie jest cena targowa. Jako przykład ujemnej strony naszej gospodarki może posłużyć ostatnia zmiana taryfy pokarmowej, wywołana nowem podrożeniem produktów. Cenę prawie wszystkich potraw w taryfie oddziałowej podniesiono. Wprawdzie magistrat dodał 1·5 kopiejki, czyli podniósł dzienny wydatek na żywność chorego z 27·5 na 29 kopiejek, lecz gdyśmy zaczęli to stosować w praktyce, to się okazało, że taryfową cenę potraw podniesiono nam o 2 kop., gdy dodano do dawnej ceny dziennej tylko 1·5 kop. Tym sposobem chory obecnie może otrzymać jedzenia o $^1/_2$ kop. mniej, niż przed wprowadzeniem nowej taryfy. Tam, gdzie to jedzenie jest niedostateczne, i te $^1/_2$ kopiejki ma znaczenie niemałe.

Na ulepszenie i skompletowanie inwentarza szpitalnego wydano w roku 1908 — 112692 rb. i w r. 1909 — 105392 rb.

Liczbę Sióstr miłosierdzia w szpitalach i w przytułku w Górze Kalwaryi powiększono o 20; dodano nieco służby niższej.

Co do personalu lekarskiego, uznając konieczność powiększenia jego wynagrodzenia, ograniczono się tymczasem do wyznaczenia ordynatorom nadetatowym i niektórym asystentom po 90 rb. rocznie na rozjazdy. Na cel ten wydano w r. 1908 — 8840 rb., w r. 1909 — 14400 rb.

W celu ulepszenia szpitali pod względem naukowym i leczniczym wprowadzono niejakie reformy, zresztą na ogół niewielkie. Pod tym względem należało zrobić więcej.

W sprawie przytułków położniczych postanowiono budowę zakładu położniczego na 40 kobiet nad Wisłą, a poza tem przystąpiono do budowy takiegoż zakładu na rogu Leszna i Żelaznej. Na budowę tego drugiego zakładu, powstającego wskutek inicyatywy Dra Zaborowskiego, pp. Goldstandowie ofiarowali 35000 rb.

Ze względu na brak miejsc dla chorych zakaźnych postanowiono wybudować na terenie szpitala św. Stanisława pawilon kosztem przeszło 180000 rb.

W tymże celu dla chorych ogólnych postanowiono zwiększyć liczbę miejsc przez wybudowanie pawilonów w szpitalu Dzieciątka Jezus i w szpitalu praskim. Zanim to nastąpi, postanowiono otworzyć szpital przy ul. Złotej, przeznaczony do użytku w razie cholery; uzyskano tym sposobem 100 łóżek dla chorych wewnętrznych.

Następnie przeprowadzono pewne reformy w Instytucie dla moralnie zaniedbanych dzieci w Mokotowie oraz zajęto się zorganizowaniem przytułku św. Ducha i Panny Maryi dla sług. Wreszcie finansowo współdziałano w sprawie szczepienia ospy.

Siódmy rozdział i następne Księgi przedstawiają nam na 396 stronicach statystyczne dane z dwóch lat sprawozdawczych (1908 i 1909). Przeglądając to, należy podziwiać wielką pracowitość Dra Męczkowskiego; z ogromną sumiennością starał się on zrobić coś z tego lichego materyału, którego mu dostarczyły szpitale. Tu należy zaznaczyć, że statystyczne kartki szpitalne są źle ułożone, a stale były pisane w sposób niedbały, jako że od lat bardzo dawnych nikt z nich nie użytkował, a zatem dla piszących przedstawiały one pracę wprost bezużyteczną. Chcąc mieć sprawozdania porządne, magistrat powinien był dawno już zaprowadzić tu zmiany.

Dział statystyczny obejmuje: ruch chorych w szpitalach; wykaz oddziałów szpitalnych ze wskazaniem personalu, liczby łóżek i ich przeznaczenia (dział zupełnie nowy); wykaz dochodów i rozchodów na utrzymanie szpitali i zakładów dobr.; ceny produktów spożywczych i innych przedmiotów, dostarczanych do szpitali (dział nowy); wykaz osób, należących do kollegium magistratu, oraz zarządu szpitali i zakładów dobrocz.; wreszcie spis prac naukowych, ogłoszonych przez lekarzy szpitalnych w latach 1908 i 1909.

Ruch chorych opracowano ze względu na poszczególne szpitale, na poszczególne miesiące, na rodzaj chorób. Najlepszych danych dostarczyły szpitale: dla chorób zakaźnych i dla chorób umysłowych; to też statystyka ich najlepiej opracowana. Statystyka szpitali ogólnych ze względów, powyżej przytoczonych, przedstawia ważne braki. A więc przedewszystkiem brak jakichkolwiek danych co do wykonanych operacyi chirurgicznych, brak szczegółowego podziału na choroby. Wskutek tego wszystkie nowotwory, bez względu na rodzaj i siedzibę, umieszczono w jednej rubryce; gruźlicę całą, z wyjątkiem gruźlicy płuc, także objęto jedną rubryką itd.

Bardzo interesujący jest dział personalu szpitalnego i stosunek jego do liczby chorych. Na nieszczęście tu zakradły się błędy w druku, a zdaje się i w opracowaniu, jakeśmy to już wyżej co do służby szpitalnej starali się wykazać. W przyszłych sprawozdaniach wypadnie ten dział może nieco inaczej opracować.

Najważniejsze dane statystyczne tak się przedstawiają: W roku 1908 leczyło się w szpitalach warszawskich 44127 (dni szpitalnych 1170408), w roku 1909 leczyło się 44127 osób (dni szpitalnych 1207563). Z tych wyszło w r. 1908 wyleczonych 52·5%, z poprawą — 28·2%, zmarło 10·08%; w r. 1909 — wyleczonych 51·3%, z poprawą — 29·7%, zmarło 9·5%.

W ambulatoryach szpitalnych udzielono w roku 1908 266073 porad, w r. 1909 — 277408.

O przepełnieniu szpitali warszawskich pojęcie dają nam następujące liczby: W szpitalu Dzieciątka Jezus przy etatowej liczbie 580 łóżek (bez oddziału ocznego) w roku 1908 średnio było zajętych miejsc o 319·6 (czyli 41·7%) więcej, a największa liczba chorych dochodziła do 1001 (czyli o 63·7% więcej). W tymże szpitalu w r. 1909 było średnio o 55·1%, a maximum dochodziło do 72·6% ponad normę.

Słusznie uczyniła Redakcya Księgi pamiątkowej, podając na końcu jej spis prac naukowych, ogłoszonych w latach sprawozdawczych przez lekarzy szpitalnych. Szkoda tylko, że taż Redakcya ze spisu tego nie wykreśliła demonstracyi, życiorysów, a przynajmniej referatów i artykułów, pomieszczanych w pismach codziennych, kalendarzach itp. W każdym razie na przyszłość już przy zbieraniu danych należy z góry określić, co Redakcya rozumie pod mianem pracy naukowej, by spis był bardziej jednostajny.

Kończąc niniejsze sprawozdanie, raz jeszcze muszę wyrazić swe uznanie magistratowi za ogłoszenie tak ważnego dzieła, a komisyi redakcyjnej za tak sumienne tegoż opracowanie.

Bronisław Sawicki.

II. Zjazd lekarzy rządowych w Austryi w Krakowie 24. 25. i 26. czerwca 1912.

Program Zjazdu jest następujący: W przeddzień Zjazdu t. j. w niedzielę 23. czerwca odbędą się obrady Centralnego Wydziału Związku lekarzy rządowych, a mianowicie: o godz. 9 przed południem i 3. popołudniu w sali posiedzeń krakowskiego Towarzystwa lekarskiego (ul. Radziwiłłowska 4). — O godz. 9 wieczorem swobodne zebranie uczestników Zjazdu (z Paniami) w sali restauracyjnej Hotelu saskiego (ul. Sławkowska).

W poniedziałek 24. czerwca w dużej sali starego teatru (ul. Jagiellońska l. 1): O godzinie 9 przedpołudniem uroczyste otwarcie Zjazdu (z Paniami, strój uroczysty): 1) Przemówienie

powitalne. 2) Prof. Dr Jurasz (Lwów): »O twardzieli«. 3) Krajowy inspektor sanitarny Dr Kulhavy (Praga): »Znaczenie medycyny społecznej dla lekarzy rządowych«. 4) Dr Eisenberg (Kraków): »Zwalczanie chorób zakaźnych, a nowoczesna bakteryologia«. — O godz. 3. popołudniu zwiedzanie miasta Krakowa i jego historycznych zabytków, pod kierownictwem Krajowego Związku turystycznego. — O godz. 9. wieczorem uroczyste przyjęcie uczestników Zjazdu przez gminę miasta Krakowa (z Paniami, strój uroczysty).

We wtorek 25. czerwca w sali krakowskiego Towarzystwa lekarskiego (ul. Radziwiłłowska 4). O godz. 9. przedpołudniem wykłady: 5) Dr Horst, konsulent sanitarny w c. k. Misterstwie robót publicznych (Wiedeń): »Higiena przemysłu górniczego i ochrona ustawowa robotników górniczych i hutniczych w Austryi«. 6) Dr Bory, starszy lekarz powiatowy (Drohobycz): »Uwagi rozpoznawcze co do duru osutkowego«. 7) Dr Janiszewski, fizyk miasta Krakowa; krajowy inspektor sanitarny Dr Krzyżanowski (Lwów); krajowy inspektor sanitarny, radca rządu Dr Winter (Wiedeń): »Potrzeby publicznej służby zdrowia w zamierzonej reformie administracyi przy władzach politycznych«. — O godz. 3. popołudniu w sali wykładowej Zakładu anatomii patologicznej: 8) Radca rządu, kraj. inspektor sanitarny Dr Winter (Wiedeń): »Gruźlica jako choroba ludowa« (z demonstracyami obrazów świetlnych i kinematograficznych). 9) Radca rządu Dr Paul (Wiedeń): »Znaczenie sanitarno-policyjne rzekomej ospy krowiej dla handlu mlekiem« (z demonstracymi drobnowidowemi). 10) Prof. Dr Wachholz (Kraków): »Wykład z dziedziny toksykologii sądowej« (z demonstracyami).

We środę 26. czerwca w sali krakowskiego Towarzystwa lekarskiego. O godz. 9. przedpołudniem: 11) Starszy lekarz powiatowy Dr Opieński (Lwów): »O potrzebie natychmiastowego zaprowadzenia nauki o higienie i somatologii w seminaryach nauczycielskich w Austryi«. 12) Starszy lekarz powiatowy Dr Kaan (Morawska Ostrawa): »Nowoczesny humanitaryzm a wielki przemysł«, studyum z hut żelaznych w Witkowicach. 13) Zakończenie Zjazdu. — Popołudniu wycieczka koleją do salin w Wieliczcę i przyjęcie uczestników Zjazdu przez Komitet zjazdowy (z Paniami).

We czwartek 27. czerwca. Wycieczki: a) do Tatr i Zakopanego; zwiedzenię lecznic Dr Chramca i Dr Dłuskiego, ewentualnie wycieczka do Morskiego Oka; b) do Witkowic dla zwiedzenia tamtejszych wielkich hut i kopalń. Za udział w wycieczkach osobna opłata. Bliższych wyjaśnień udzieli biuro wywiadowcze w domu Towarzystwa lekarskiego (ul. Radziwiłłowska 4).

Wkładka wynosi dla uczestników Zjazdu po 10 kor., dla członków rodziny uczestników po 5 kor. od osoby. Tylko ci uczestnicy Zjazdu, którzy nadeślą do dnia 10 czerwca b. r. połowę ceny mieszkania i to za cały czas użytkowania mieszkania, mają prawo żądać zarezerwowania mieszkania. Dla uczestników Zjazdu będzie otwarte od dnia 23. czerwca b. r. biuro wywiadowcze w domu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego (ul. Radziwiłłowska l. 4). W biurze tem winni się zgłaszać wszyscy uczestnicy Zjazdu w godzinach od 9 przedpołudniem do 1 popołudniu, celem złożenia wkładki i otrzymania odznak, legitymacyi do brania udziału w posiedzeniach, wycieczkach, uroczystych przyjęciach i t. d. Na dworcu kolei żelaznej pełnić będą służbę członkowie Komitetu zjazdowego, którzy będą przyjmować uczestników i rozmieszczać ich po kwaterach. Wszelkie pisma w sprawie Zjazdu przyjmuje Dr Gustaw Bielański, c. k. starszy lekarz powiatowy w Krakowie, ul. Studencka 15, zaś przesyłki pieniężne Prof. Dr Stanisław Dobrowolski w Krakowie, ul. Podwale 2.

Ś. p. Dr med. Juliusz Lohrer.

Towarzystwo lekarskie łódzkie straciło jednego ze swych założycieli, pierwszego a długoletniego przewodniczącego i pierwszego członka honorowego. Był on zacnym człowiekiem, dobrym kolegą, sumiennym i gorliwie oddanym swemu zawodowi pracownikiem. Świadczy o tem cały przebieg jego życia.

Ś. p. Juliusz Lohrer urodził się w 1832 r. w Brzezinach. Pierwsze nauki pobierał w mieście rodzinnem i w progimnazyum w Rawie, a dalsze w gimnazyum piotrkowskiem, które ukończył w 1853 r. Wskutek różnych nieprzychylnych warunków nie mógł zaraz wstąpić do uniwersytetu i dopiero w 1857 r., zebrawszy pracą nauczycielską potrzebne środki, udał się do Dorpatu na studya lekarskie; ukończył je w r. 1862 ze stopniem doktora medycyny po obronie rozprawy: Ueber den Uebergang der Ammoniaksalze in den Harn. W czasie studyów swoich, którym oddawał się ze znamionującą go gorliwością i prawdziwym zapałem, należał do Koła kolegów z Królestwa i Litwy (późniejszy »Konwent polski« a obecnie »Polonia«), wśród których dzięki swoim zaletom zdobył zaufanie, miłość i szacunek, czego zewnętrznym dowodem było wielokrotne powoływanie go na wybitne w kole koleżeńskiem stanowiska.

Wróciwszy do kraju, osiadł w Łodzi w 1862 r. Pomimo czasu burzliwego i tutaj wkrótce dzięki oddaniu, mogę nawet powiedzieć, poświęcaniu się swoim chorym bez różnicy stanu zyskał zaufanie swoich współobywateli. Zaufanie to umiał i utrzymać, czego najlepszym dowodem jego przeszło 40-letnia praca, jako lekarza fabrycznego. Na trudnem tem stanowisku ś. p. Lohrer dzięki swej sumienności i wysoce wyrobionemu poczuciu obowiązku zdołał zaskarbić sobie względy pracodawców, a pracownicy obdarzali go do ostatniej chwili jego długoletniego śród nich działania swojem zaufaniem i przywiązaniem.

W 1872 r. został lekarzem miasta. Urząd ten piastował z godnością i bez skazy przez długie lata.

Stosunek ś. p. Lohrera do kolegów-lekarzy był, śmiało to mogę powiedzieć, wprost idealny. O ś. p. Lohrerze nie słyszano ujemnego, niechętnego zdania. Starsi koledzy cenili go dzięki jego wysoce koleżeńskiemu i zawsze taktownemu postępowaniu, a młodszych, nowoprzybywających, ujmował okazywaną niekłamaną życzliwością i chętnem udzielaniem dobrej rady. To też, gdy w 1886 r. założone zostało nasze Towarzystwo lekarskie, jednomyślnie powierzono mu urząd przewodniczącego. I te nowe obowiązki spełniał w ciągu 10 lat z właściwem sobie oddaniem się. Ustąpił z zajmowanego stanowiska, chcąc młodszym dać pole do pracy.

Cześć Jego pamięci!

(Z mowy pogrzebowej, wygłoszonej w d. 19. maja 1912 r. przez Dr A. Kruschego, prezesa Tow. lek. łódzkiego).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 22. V. 1912 posiedzenie, na którem Prof. Browicz miał wykład o etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego. W dyskusyi zabierali głos Prof. Kostanecki, Ciechanowski i prelegent.

Z powodu obchodu jubileuszu Uniwersytetu lwowskiego, przypadającego 29. b. m., odbędzie się najbliższe posiedzenie Towarzystwa dopiero we środę d. 5. czerwca.

— Prof. Dr Emil Godlewski, junior, wybrany został członkiem korespondentem Akademii Umiejętności w Krakowie.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Mieczysław Miłoszewski, rodem z Ekaterynodar.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. V. do 18. V. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † 1 (obcych 2 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej 6, płonicy 5 (1), odry 1, duru brzusznego 3 † 1, czerwonki — † — (1 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1), ospy prawdziwej 3. Dr Janiszewski.

Warszawa. Do Zarządu Stowarzyszenia lekarzy wybrani zostali w d. 9. V. 1912 ponownie Dr Reutt, Chełchowski, Winiarski i Jaworski, jako członkowie, a Wisłocki, Jakimiak, Puławski, Babiński, Markiewicz i J. Zawadzki, jako zastępcy.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 13. V. do 20. V. 1912 przypadków: ospy 7, duru osutkowego 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. »Towarzystwo lekarzy w Krainie« w Lublanie obchodzi 23. V. 1912 pięćdziesięciolecie istnienia. Założone zostało 28. października 1861, zrazu jako »Czytelnia lekar-

ska«, która jednak już 4. grudnia 1862 przekształciła się w »Towarzystwo lekarzy w Krainie«. Jest to więc najstarsze po wiedeńskiem Towarzystwo lekarskie w Austryi, a najstarsze z Towarzystw lekarskich słowiańskich w tem państwie. Towarzystwo ma dwie fundacye dobroczynne dla wdów i sierót po lekarzach; im. Dr Blajwajsa i Dr Löschner-Madera. Z założycieli Towarzystwa żyje Prof. Dr Alojzy Valenta-Marchthurn, który przez okrągłe ćwierć wieku był sekretarzem, a potem długoletnim prezesem Towarzystwa i wielkie dlań położył zasługi, oraz Dr Thomitz.

— Na porządku dziennym XX. ogólnego posiedzenia Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu w piątek 4. (17) maja znajdował się wykład Prof. Dr Dzierzgowskiego: W sprawie ochronnych szczepionek.

— W Dreźnie powstaje muzeum higieniczne, którego gmach ma kosztować 2,600.000 marek, a roczne wydatki 270.000. Na cele muzeum ofiarował organizator zeszłorocznej wystawy higienicznej, Lingner, dochód z wystawy (milion marek), dział etnograficzny i dział, zatytułowany »Człowiek«.

— Zebranie niemieckiego Towarzystwa higieny szkolnej odbędzie się w Berlinie od 28—30 maja b. r. Głównymi referatami będą: 1) Gruźlica a szkoła. 2) Ogrzewanie i wentylacya szkół.

— Testament Listera przeznacza na cele publiczne 200000 koron: Royal Society, funduszowi szpitala króla Edwarda i szpitalowi uniwersyteckiemu, jakoteż Nord-London, a 400000 instytutowi Listera. X.

Redakcya otrzymała: Beck i Bikeles: W sprawie pobudliwości kory móżdżku. »Tyg. lek.« 1912. — Schalit: Amputatio pulpae. Kraków 1912. — Lipsztat: Przypadek zatoru aorty brzusznej. »Med. i Kron. lek.« 1912. — Supiński: Sprawozdanie zdrojowiska Rabka za r. 1911. — Trzebiński: Beitrag zur Morphologie der Nervenzellen bei der Autolyse des Rückenmarks. »Folia neuro-biologica« 1912. — A. Puławski: 1) Choroba Brighta, dwukrotna operacya Edebohlsa, objawy choroby Basedowa w końcu życia. 2) Przypadek choroby Addisona. 3) Przyczynek do chirurgicznego leczenia choroby Basedowa. Odbitki »Gaz. lek.« 1912. — Bruner: Przyczynek do kazuistyki wrzodów wenerycznych-pozapłciowych. Odb. »Med. i Kron lek.« 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Novojodin (Dr M. Engling, Zeitschr. f. Bakt. T. 60. Z. 5) przewyższa co do działania odkażającego przetwory inne (jodoform, airol, xeroform i vioform), działa nietylko miejscowo, lecz także na odległość, wydziela wolny jod, wyjaławia ropę (czego nie czyni jodoform), powstrzymuje rozwój prątków cholery, rozpuszcza się łatwiej od innych przetworów jodu. Sch. W.

Dr E. Ecsedi i Dr S. Seböck (z oddz. szpit. chor. skórn. i wener. w Peszcie, prym. Dr J. Justus). Obok salwarsanu polecają autorowie w leczeniu kiły rtęć i jod. Z przetworów jodowych polecają najgoręcej **jodfersan**, który dzięki łatwej wessalności sprawia, iż jod więcej jednostajnie w organizmie krąży i więcej jednostajnie go opuszcza. Uważają przetwór ten za najwięcej polecenia godny przy leczeniu kiły. Ms. W.